

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

Année 1908

# THÈSE

N.  
—

POUR

## LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le jeudi 2 avril 1908, à 1 heure*

Par Gabriel FORTINEAU

---

### CONSIDÉRATIONS

SUR LA

## PATHOGÉNIE DE LA NEURASTHÉNIE

---

*Président : M. RAYMOND, professeur.*

*Juges : } MM. CHANTÉMESSE, professeur.  
FERNAND BEZANÇON et CLAUDE, agrégés.*

---

PARIS

IMPRIMERIE DES FACULTÉS

A. MICHALON

26, rue Monsieur-le-Prince, 26

---

1908

# FACULTE DE MÉDECINE DE PARIS

|                                                                        |                 |           |                    |
|------------------------------------------------------------------------|-----------------|-----------|--------------------|
| <b>Doyen . . . . .</b>                                                 |                 |           | <b>M. LANDOUZY</b> |
| <b>Professeurs . . . . .</b>                                           |                 |           | <b>MM.</b>         |
| Anatomie. . . . .                                                      |                 |           | NICOLAS.           |
| Physiologie . . . . .                                                  |                 |           | CH. RICHET.        |
| Physique médicale. . . . .                                             |                 |           | GARIEL.            |
| Chimie organique et chimie générale. . . . .                           |                 |           | GAUTIER.           |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale. . . . .                  |                 |           | BLANCHARD.         |
| Pathologie et thérapeutique générales. . . . .                         |                 |           | BOUGHARD.          |
| Pathologie médicale . . . . .                                          |                 |           | DEJERINE.          |
| Pathologie chirurgicale . . . . .                                      |                 |           | BRISAUD.           |
| Anatomie pathologique . . . . .                                        |                 |           | LANNELONGUE        |
| Histologie. . . . .                                                    |                 |           | PIERRE MARIE.      |
| Opérations et appareils . . . . .                                      |                 |           | PRENANT.           |
| Pharmacologie et matière médicale. . . . .                             |                 |           | QUENU.             |
| Thérapeutique . . . . .                                                |                 |           | POUCHET.           |
| Hygiène . . . . .                                                      |                 |           | GILBERT            |
| Médecine légale. . . . .                                               |                 |           | CHANTEMESSE        |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie. . . . .                    |                 |           | THOINOT.           |
| Pathologie expérimentale et comparée. . . . .                          |                 |           | G. BALLET          |
|                                                                        |                 |           | ROGER.             |
|                                                                        |                 |           | HAYEM.             |
| Clinique médicale. . . . .                                             |                 |           | DIEULAFOY          |
|                                                                        |                 |           | DEBOVE.            |
|                                                                        |                 |           | LANDOUZY.          |
|                                                                        |                 |           | HUTINEL.           |
| Maladies des enfants . . . . .                                         |                 |           | JOFFROY.           |
| Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale. . . . . |                 |           | GAUCHER.           |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques. . . . .               |                 |           | RAYMOND.           |
| Clinique des maladies du système nerveux. . . . .                      |                 |           | LE DENTU.          |
| Clinique chirurgicale. . . . .                                         |                 |           | BERGER.            |
|                                                                        |                 |           | RECLUS.            |
|                                                                        |                 |           | SEGOND.            |
| Clinique ophtalmologique. . . . .                                      |                 |           | DE LAPERSONNE      |
| Clinique des maladies des voies urinaires. . . . .                     |                 |           | ALBARRAN.          |
|                                                                        |                 |           | PINARD.            |
|                                                                        |                 |           | BAR.               |
| Clinique d'accouchements . . . . .                                     |                 |           | RIBEMONT-DES-      |
|                                                                        |                 |           | SAIGNES.           |
| Clinique gynécologique . . . . .                                       |                 |           | POZZI.             |
| Clinique chirurgicale infantile . . . . .                              |                 |           | KIRMISSON.         |
| Clinique thérapeutique . . . . .                                       |                 |           | A. ROBIN.          |
| <b>Agrégés en exercice.</b>                                            |                 |           |                    |
| <b>MM.</b>                                                             |                 |           |                    |
| AUVRAY                                                                 | CUNEO           | LAUNOIS   | NOBECOURT          |
| BALTHAZARD                                                             | DEMELIN         | LECENE    | OMBREDANNE         |
| BRANCA                                                                 | DESGREZ         | LEGRY     | POTOCKI            |
| BEZANÇON (FERN.)                                                       | DUVAL (PIERRE)  | LENORMANT | PROUST             |
| BRINDEAU                                                               | GOSSET          | LEPER     | RENON              |
| BROCA (ANDRÉ)                                                          | GOUGET          | MACAIGNE  | RICHAUD            |
| BRUMPT                                                                 | JEANNIN         | MAILLARD  | RIEFFEL (chef      |
| CARNOT                                                                 | JEANSELME       | MARION    | des trav. anat.    |
| CASTAIGNE                                                              | JOUSSET (ANDRÉ) | MORESTIN  | SICARD             |
| CLAUDE                                                                 | LABBE (MARCEL)  | MULON     | ZIMMERN            |
| COUVELAIRE                                                             | LANGLOIS        | NICLOUX   |                    |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MA FEMME

A MON PÈRE

MEIS ET AMICIŞ

A MESSIEURS LES PROFESSEURS  
DE L'ÉCOLE DE MEDECINE DE NANTES

A MESSIEURS LES MÉDECINS  
ET CHIRURGIENS  
DES HOPITAUX DE NANTES

A MON CHER MAITRE

MONSIEUR LE DOCTEUR MIRALLIE

PROFESSEUR A L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE NANTES

MÉDECIN DE L'HOSPICE GÉNÉRAL

*Qui nous a inspiré ce travail et guidé pendant le  
cours de nos études médicales.*

*Nous ne saurions trop le remercier de sa direction  
éclairée et l'assurer de notre profonde reconnais-  
sance.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR RAYMOND

MÉDECIN DE LA SALPÊTRIÈRE

MEMBRE DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

*Hommage respectueux*

## INTRODUCTION

La pathogénie de la neurasthénie est une des questions actuellement les plus controversées de la neuropathologie.

Nous avons en effet été frappé dans le cours de nos études médicales de la diversité des traitements institués chez les neurasthéniques, et résultant souvent de théories pathogéniques différentes.

Nous avons constaté par les succès thérapeutiques obtenus le bien fondé de théories pourtant contradictoires : c'est là ce qui nous a amené à rechercher s'il ne serait pas possible de trouver un terrain d'entente permettant d'englober dans une même pathogénie générale tous les cas de neurasthénie en apparence si divers.

Nous exposerons d'abord brièvement ce que l'on entend par neurasthénie, puis nous passerons en revue les différentes théories pathogéniques actuellement en cours. Nous verrons ensuite s'il est possible d'appliquer une de ces théories à l'ensemble des états neurasthéniques.

ques: nous relaterons un certain nombre d'observations qui auront pour but de montrer combien sont variables les causes de la neurasthénie.

Enfin en nous appuyant sur les caractères communs que nous aurons relevés dans ces observations nous essayerons d'établir une conception pathogénique générale.

## CHAPITRE PREMIER

### APERÇU GÉNÉRAL SUR LA NEURASTHÉNIE

Avant d'aborder l'étude de la pathogénie de la neurasthénie, il nous a paru nécessaire de jeter un coup d'œil d'ensemble sur l'historique de cette affection.

Nous nous bornerons à montrer comment après avoir été considérée au début comme une entité morbide, la neurasthénie a failli disparaître de nouveau dans le chaos du nervosisme d'où Beard avait réussi à l'extraire.

Puis nous exposerons la conception nouvelle qui tend à faire de la neurasthénie un simple syndrome.

C'est en 1869 que Beard, médecin américain, décrivit pour la première fois la neurasthénie.

L'entrée en scène de la nouvelle entité ne fit aucun bruit.

Le 5 août 1878 Beard lut son mémoire fondamental devant l'Académie de Médecine de New-York ; l'année suivante il le publia dans le *New-York medical journal* (mars 1879).

Cette fois la neurasthénie eut un retentissement considérable dans tout le monde médical.

Elle ne constituait pas une affection nouvelle mais elle avait le mérite de grouper sous une même dénomination de nombreux types morbides dont les principaux étaient : le nervosisme de Bouchut, la névropathie cérébro-cardiaque de Krishaber, l'irritation spinale de Franck, la névralgie générale de Valleix, la névralgie protéiforme de Cerise, l'hyperesthésie générale de Monneret, etc...

Cette simple énumération indique suffisamment combien grand était le chaos au milieu duquel se débattaient les auteurs avant Beard.

La neurasthénie est définie par son appellation même qui signifie asthénie nerveuse : la popularité dont elle a joui, dont elle jouit encore actuellement, est due pour une large part à l'exactitude de son étymologie.

Tous les symptômes, qui ont permis à Beard d'édifier cette névrose autonome, dénotent en effet un épuisement général du système nerveux. Ils ont été divisés en deux catégories :

1° LES SYMPTOMES PRINCIPAUX, que Charcot considérait comme de véritables stigmates, sont à peu près constants. Ce sont :

La *céphalée* comparée par les malades à un casque trop lourd et trop étroit qui leur enserre la tête ; elle est surtout marquée au réveil et disparaît en général la nuit.

*L'asthénie psychique* qui consiste en un défaut d'at-

tention, en un manque d'énergie . la mémoire est diminuée, tout travail est pénible et souvent impossible. Le malade est triste, s'inquiète de son état et en même temps devient très irritable.

*L'asthénie musculaire* qui se traduit par une sensation de fatigue continue, insurmontable, s'exagérant au moindre mouvement ; c'est surtout le matin que cette courbature générale est le plus accusée.

*L'insomnie* est presque la règle.

*Les troubles dyspeptiques* très variés (pesanteur, gonflement du ventre, rougeur de la face et somnolence après les repas, constipation...).

*La rachialgie* qui consiste en une sensation douloureuse de compression ou de pesanteur, peut siéger tout le long de la colonne vertébrale ou se localiser au niveau de la région lombaire ou de la région sacrée (plaque sacrée de Charcot).

LES SYMPTÔMES SECONDAIRES ou accessoires sont très nombreux et beaucoup moins importants que les précédents : ils manquent souvent. Dans quelques cas cependant certains d'entre eux présentent une intensité telle qu'on peut les considérer comme des stigmates.

Nous nous contenterons de citer ceux que l'on rencontre le plus souvent :

Les bourdonnements et les sifflements d'oreilles, l'hyperacousie, les vertiges, l'asthénopie accommodative, les palpitations, les fausses angines de poitrine, la tachycardie, les troubles génitaux tels que l'impuissance, la fausse spermatorrhée, l'éjaculation précoce, etc... Telle est brièvement exposée la symptomatologie de la

maladie de Beard, symptomatologie sur laquelle tous les auteurs s'étaient mis d'accord.

Malheureusement le cadre de la nouvelle affection ne tarda pas à s'élargir, les médecins prirent peu à peu l'habitude de mettre sur le compte de la neurasthénie, maladie à la mode, tous les états nerveux qui les embarrassaient. C'était le retour inévitable à l'ancien nervosisme.

Certains neurologistes contribuèrent à obscurcir la question de la neurasthénie en considérant celle-ci comme une maladie purement psychique au même titre que l'hystérie, les obsessions, l'hypocondrie, la mélancolie légère. Nous reviendrons plus longuement sur cette conception quand nous étudierons la pathogénie.

Dans ces dernières années le professeur Raymond et son collaborateur M. Janet, frappés de l'extension que prenait la neurasthénie, ont créé une nouvelle psychonévrose autonome, la *psychasthénie* dans laquelle ils ont fait entrer une foule de symptômes rencontrés constamment dans la neurasthénie héréditaire ou constitutionnelle et qui n'ont rien de commun avec les symptômes d'épuisement nerveux tels que nous les avons décrits.

Pour le professeur Raymond « c'est l'incorporation au syndrome de la neurasthénie de la plupart des symptômes de la psychasthénie qui a créé le géant informe et démesuré qu'est la neurasthénie des auteurs modernes ».

Le besoin se faisait sentir depuis longtemps d'alléger la symptomatologie grandissante de la neurasthénie.

C'est ainsi que Charcot décrivait deux variétés de

neurasthénies : la neurasthénie accidentelle et la neurasthénie héréditaire.

Puis c'est Gilles de la Tourette qui dans son livre sur les *États neurasthéniques* s'exprimait en ces termes : « Dans la neurasthénie vraie, le système nerveux n'est qu'accidentellement épuisé, tandis que dans la neurasthénie constitutionnelle il est congénitalement faible, débile, dévié même dans ses fonctions les plus essentielles ; il est en un mot héréditairement mal constitué pour un fonctionnement normal. Le malade dans ces conditions est un vésanique au petit pied sous une forme sans éclat. »

La neurasthénie constitutionnelle apparaît le plus souvent de bonne heure chez des individus présentant un état mental très particulier : ce sont des phobiques, des douteurs, des scrupuleux, des abouliques... en un mot des psychopathes bien plutôt que des névropathes. C'est sur ce fond psychasthénique que surgissent spontanément ou sous l'influence d'une cause provocatrice très minime les symptômes vraiment neurasthéniques qui n'ont eux qu'un caractère épisodique : leur disparition en effet n'entraîne aucun changement dans la mentalité du malade qui a bien des chances de rester toute sa vie un psychasthénique.

La neurasthénie accidentelle, peut-être moins répandue que la précédente contrairement à ce que pensaient Beard et Charcot, s'installe chez des individus, en apparence tout au moins, indemnes de toute tare nerveuse.

Il s'agit ici de malades âgés de 20 à 50 ans qui ont som-

bré tout d'un coup ou insidieusement dans la neurasthénie à la suite d'un choc moral, d'un surmenage physique ou intellectuel, d'un « travail doublé d'inquiétude » comme l'a fort bien dit Déjerine ou bien au cours ou pendant la convalescence d'une affection organique quelconque.

Le caractère accidentel de cette variété de neurasthénie n'implique pas une absence complète de prédisposition.

Nous pensons avec Charcot et avec la grande majorité des auteurs que « ne devient pas neurasthénique qui veut ». Si l'on recherche soigneusement dans leurs antécédents tant personnels qu'héréditaires on arrive à cette conviction que tous les neurasthéniques appartiennent à la grande famille neuro-arthritique.

Bien entendu chez ces neurasthéniques accidentels, il ne s'agit pas du tout de la même prédisposition que celle que nous avons notée chez les constitutionnels. S'ils n'ont jamais eu pendant leur enfance des accès de tristesse injustifiés, s'ils n'ont jamais été des bizarres, ils n'en n'ont pas moins été souvent des eczémateux, des migraineux, etc...

Dans leurs antécédents héréditaires il n'est pas rare de trouver des maladies nerveuses ou des manifestations arthritiques, telles que la goutte, le diabète l'asthme, etc...

Il est facile de concevoir que chez ces malades dont la prédisposition est souvent très légère, la cause provocatrice de la neurasthénie jouera un rôle beaucoup plus important que chez les psychasthéniques.

Quelques auteurs ont cru devoir diviser les états neurasthéniques accidentels en deux grandes classes :

1° *Les états neurasthéniques vrais* dans lesquels les symptômes principaux de la neurasthénie sont très marqués, alors que les accessoires restent dans l'ombre. Ils correspondraient à la neurasthénie primitive consécutive à un choc moral (émotion, chagrin...).

2° *Les états neurasthéniques faux* qui sont caractérisés par la prédominance de tel ou tel symptôme accessoire ; les stigmates existent également mais sont relégués au second plan. Ils constitueraient ce que d'autres auteurs ont appelé les neurasthénies symptomatiques, les neurasthénies secondaires à une affection organique.

\* Nous n'acceptons pas cette division qui nous paraît trop arbitraire. En clinique on ne trouve pas de différences aussi marquées que celles que nous venons d'indiquer.

On se trouve en effet assez souvent en présence d'une neurasthénie considérée comme primitive si l'on en juge par son mode de début et dont les symptômes saillants consistent en des vertiges ou des palpitations par exemple, accompagnés des stigmates de la neurasthénie qui demandent à être recherchés. Inversement il n'est pas rare d'observer au grand complet les symptômes classiques dans certaines neurasthénies franchement secondaires à une maladie organique.

## CHAPITRE II

### PRINCIPALES THÉORIES PATHOGÉNIQUES DE LA NEURASTHÉNIE

Si tous les auteurs se sont mis rapidement d'accord sur la symptomatologie de la neurasthénie, ils ont été de tout temps et sont encore très divisés sur la pathogénie de ce syndrome.

Et pourtant cette question est d'une importance capitale non seulement au point de vue doctrinal, mais encore et surtout au point de vue pratique. Si l'on veut, en effet, faire de la bonne thérapeutique, il faut qu'elle soit avant tout pathogénique.

Les conceptions pathogéniques qui ont été émises sont extrêmement nombreuses : cela tient à ce que la neurasthénie intéresse tous les médecins quelle que soit la spécialité à laquelle ils appartiennent ; elle ne fait pas exclusivement partie du domaine de la neuropathologie.

Le neurasthénique ne commence généralement pas par consulter le neurologue, à moins qu'il ne se rende compte lui-même de la nature nerveuse de ses douleurs.

S'il souffre de l'estomac, il s'adresse au gastro-thérapeute ; est-il gêné par des bourdonnements d'oreilles, des vertiges, il se fait examiner par un oto-rhino-laryngologiste, a-t-il des troubles de la vue il demande l'avis de l'ophtalmologiste, est-ce un chancre qui l'inquiète, c'est le syphiligraphe qui sera appelé à lui donner ses soins...

Si après avoir vu un nombre souvent considérable de médecins il n'a obtenu aucun soulagement il en arrive à s'adresser aux spécialistes des affections nerveuses.

Cette façon de se comporter est bien particulière aux neurasthéniques et due en partie aux médecins qui leur appliquent soit un traitement vaguement symptomatique, soit un traitement basé dans tous les cas sur la même théorie pathogénique.

Nous n'avons pas l'intention de rappeler toutes les théories par lesquelles on a essayé d'expliquer les symptômes neurasthéniques. Nous ne nous occupons que des principales, surtout de celles qui semblent avoir été confirmées par un traitement rationnel.

Il nous faut cependant dire quelques mots d'une théorie beaucoup plus physiologique d'ailleurs que pathogénique, à laquelle se rallient tous les psychophysiologistes contemporains et parmi eux Lange, Ribot, G. Dumas... Nous voulons parler de la *théorie vasomotrice*.

Cette théorie a été bien étudiée par Angel qui démontra par des expériences minutieuses à l'aide du pléthysmographe de Mosso l'hyperexcitabilité du système

vaso-moteur et l'extrême facilité de son épuisement chez les neurasthéniques.

Weber rapprochant ces faits expérimentaux des faits cliniques émit l'hypothèse que tous les symptômes d'épuisement nerveux dépendaient de troubles vaso-moteurs, des alternatives de spasme et de congestion s'effectuant dans les centres nerveux sous l'influence des causes les plus légères.

Nous ne ferons également que citer l'opinion d'Erb qui croit à un trouble intime de la nutrition des éléments nerveux ; celle de Beard qui voit un défaut d'équilibre entre l'usure et la réparation de la cellule cérébrale ; celle de Féré qui pense que la neurasthénie est due à un excès de vibrations surmenant la cellule cérébrale.

Ces dernières théories ne sont que des « suppositions vraisemblables, mais invérifiables » comme le dit le professeur Raymond, et ne nous avancent guère attendu qu'elles ne nous disent pas comment nous devons traiter les neurasthéniques. Elles n'ont rien de pratique, à l'encontre des théories que nous allons maintenant étudier.

Pour donner un peu de clarté à l'exposé des grandes théories pathogéniques qui se trouvent actuellement en présence, nous les diviserons en deux grands groupes :

1° *Les théories organiques ;*

2° *Les théories nerveuses.*

## 1<sup>o</sup> THÉORIES ORGANIQUES

Ces théories sont très nombreuses ; nous les avons appelées organiques parce qu'elles considèrent les symptômes neurasthéniques comme secondaires à des affections organiques.

Les unes ont la prétention d'expliquer dans tous les cas les accidents nerveux ; les autres, moins intransigeantes, ne s'adaptent qu'à certaines neurasthénies.

De tous les symptômes neurasthéniques les troubles dyspeptiques sont peut-être les plus fréquents et les plus prononcés, aussi n'est-il pas étonnant que l'estomac ait attiré de tout temps sur lui l'attention des auteurs.

A. — THÉORIES STOMACALES. — Elles sont au nombre de trois.

a). — *La théorie de l'auto-intoxication* du professeur Bouchard est la plus importante.

Cet auteur remarqua que beaucoup de ses malades chez qui il avait relevé des signes de dilatation de l'estomac présentaient en même temps toute la symptomatologie du mal de Beard.

Le traitement et la guérison des troubles stomacaux ayant amené la disparition des troubles nerveux, il émit l'hypothèse que la neurasthénie était toujours consécutive à l'auto-intoxication gastro-intestinale.

Nous résumerons brièvement cette théorie.

La dilatation de l'estomac, qui est au point de départ

de tous les accidents, est due à l'atonie de la musculature de cet organe. En même temps, l'acide chlorhydrique du suc gastrique diminue, quelquefois même disparaît complètement.

Il résulte de ce double fait, la stagnation d'un mélange d'aliments et de liquides provenant de la partie supérieure du tube digestif, puis des fermentations anormales, d'où production de toxines solubles qui, résorbées continuellement, vont intoxiquer tout l'organisme et particulièrement les centres nerveux.

Cette théorie n'est pas admise par les neurologistes, cependant beaucoup d'entre eux reconnaissent qu'il y a lieu parfois de combattre les troubles dyspeptiques qui peuvent dans une certaine mesure entretenir l'état nerveux, surtout quand ils sont très accusés.

b). — *Théorie de la viciation de la nutrition due aux troubles dyspeptiques.* — Cette théorie qui a été proposée par Hayem et Winter diffère sensiblement de la précédente.

D'après ces auteurs il ne faut pas attacher une importance trop grande aux toxines provenant de fermentations anormales ; ils pensent « que l'on peut incriminer encore bien d'autres substances nuisibles qui prennent naissance pendant le cours des digestions pathologiques, par suite de l'élaboration vicieuse des matériaux de l'alimentation. Tels sont les principes dérivés des matières hydrocarbonées et des albuminoïdes, divers acides volatils et éthers composés, etc... » Il s'agit donc ici d'un trouble dans le chimisme stomacal.

c). — *Théorie stomacale réflexe.* — Cette théorie

a été défendue par Leven qui fait jouer au plexus solaire le rôle principal.

D'après lui les troubles neurasthéniques sont consécutifs à une irritation de la muqueuse stomacale, irritation de cause quelconque qui est transmise au cerveau par ce plexus.

Pron, dans sa thèse, soutient la même théorie. Il ne peut accepter celle de l'auto-intoxication parce qu'il pense que tous les symptômes nerveux dus à la dilatation sont d'ordre réflexe ; ce réflexe se produirait dans ce cas sous l'influence de la masse alimentaire stagnante dans l'estomac, qui tiraille d'une façon continue le plexus solaire.

Il fait remarquer qu'un simple lavage de l'estomac améliore souvent les troubles nerveux, or il est évident qu'on ne désintoxique pas l'organisme en quelques secondes.

Les partisans de cette théorie reconnaissent également l'influence du cerveau sur l'estomac.

« Dès que la cellule cérébrale est irritée par un chagrin ou un travail intellectuel trop prolongé, cette irritation se transmet au plexus solaire et l'estomac souffre ; de même toute excitation normale ou anormale du centre nerveux stomacal modifie immédiatement l'état dynamique de la cellule cérébrale (Pron). »

B. — THÉORIES HÉPATIQUES. — a). — *Glénard* ayant constaté chez beaucoup de neurasthéniques la ptose des viscères abdominaux avait émis l'opinion que les symptômes nerveux étaient engendrés par le relâchement de ces organes. Pour maintenir en place ces der-

niers il avait même inventé une sangle qui porte son nom et qui certainement dans certains cas peut rendre de grands services. Quoi qu'il en soit il abandonna sa théorie de l'*entéroptose* pour s'attacher à celle de l'*hépatisme* sorte de diathèse qui résulterait d'une affection du foie sous l'influence soit de l'hérédité, soit des intoxications, soit des infections, soit des émotions. De ce trouble des fonctions hépatiques dépendent, d'après cet auteur, tous les symptômes dyspeptiques et nerveux que l'on observe chez les neurasthéniques. Il s'agirait donc d'une auto-intoxication par insuffisance hépatique.

b). — *Gilbert et Lereboullet* dans ces dernières années ont fait remarquer que très souvent dans le cours des affections évidentes et surtout latentes des voies biliaires on pouvait observer les symptômes caractéristiques de la maladie de Beard.

Ils ont particulièrement insisté sur la ressemblance qui existait entre la symptomatologie de la neurasthénie et celle de la *cholémie familiale*, affection, disent-ils, souvent méconnue et décelable par certains petits signes tels que le teint cholémique, jaunâtre, les taches de rousseur très fréquentes, les xanthodermies, les mélanodermies, la tendance au prurit, à la chair de poule, l'hypertrophie plus ou moins accusée du foie et de la rate, la présence de l'urobilinurie.

Ils sont arrivés à conclure qu'un grand nombre de neurasthénies dites primitives devaient être considérées à l'avenir comme des neurasthénies biliaires.

C. — THÉORIE DE L'AUTO-INTOXICATION GÉNÉRALE. — Presque tous les auteurs, nous l'avons déjà dit, admet-

tent l'hérédité arthritique: certains d'entre eux pensent que la neurasthénie relève directement de l'arthritisme.

C'est ainsi que Huchard a donné à la neurasthénie le nom de *névrose arthritique*.

Cette opinion est acceptée par Deligny, Lemoine, Guyot, Vigouroux, Godlewski...

Régis est convaincu que dans bien des cas la neurasthénie n'est pas autre chose que de l'artério-sclérose au début.

« Il n'est pas, dit-il, un seul des principaux symptômes de l'artério-sclérose qui, pris isolément ou joint à d'autres, ne puisse se rencontrer dans la neurasthénie.

Mais telle est la force de la tradition, telle est la puissance de l'idée préconçue en ce qui concerne la neurasthénie *névrose* que ces symptômes, au lieu d'être rapportés à leur cause véritable, l'artério-sclérose, ont été considérés par tous les auteurs comme des phénomènes subjectifs, comme des manifestations localisées de l'éréthisme nerveux qui fait le fond de la maladie. »

L'auteur dit avoir recueilli de nombreuses observations de neurasthénies manifestement liées à l'artério-sclérose.

Il insiste sur ce fait qu'il s'agissait bien de *neurasthénie vraie* (céphalée avec sensation d'étau, de craquement ou de vide crânien, de l'insomnie, de la rachialgie, de l'amyosthénie...).

Certains de ses malades avaient des signes manifestes d'artério-sclérose.

D'autres au contraire étaient « des individus jeunes au teint remarquablement frais et coloré, rougissant faci-

lement, issus de parents arthritiques chez qui les petits signes de l'artério-sclérose avaient besoin d'être recherchés très attentivement. »

D. — THÉORIE BASÉE SUR LA VICIATION DES PROCESSUS INTIMES DE LA NUTRITION. — Cette théorie est soutenue par le professeur Robin qui ne veut adopter « aucune des théories classiques qui n'ont abouti qu'à une thérapeutique presque exclusivement physique et psychique dont les résultats témoignent de l'impuissance des idées qui la dirigent ». Il attache une grande importance à l'examen des urines qu'il recommande de faire très soigneusement toutes les fois que la dyspepsie ne peut être considérée comme cause directe de la neurasthénie. Dans ces urines, il trouve fréquemment soit de l'albumine phosphaturique, soit de la phosphurie, soit de la phosphaturie, soit de la phosphaturie terreuse d'origine gastrique, soit de la déminéralisation organique.

La neurasthénie, d'après lui, dépendrait donc de ces troubles de la nutrition, non pas toujours puisqu'il reconnaît l'existence de neurasthénies d'origine dyspeptique, et de neurasthénies primitives, mais au moins dans le plus grand nombre de cas.

## 2° THÉORIES NERVEUSES

Obéissant à une tendance bien naturelle, les neurologistes admettent une perturbation primitive du système nerveux. De son mauvais fonctionnement dépendent tous les symptômes neurasthéniques, aussi bien les principaux que les accessoires ; c'est ainsi que les

troubles dyspeptiques sont considérés comme secondaires.

Telle était l'opinion de Charcot : « Un autre phénomène de la neurasthénie, dit-il, c'est cette fameuse dyspepsie dont les malades ont si souvent à souffrir et qui a fait croire à certains cliniciens que tous les désordres neurasthéniques avaient pour point de départ les affections gastriques; tandis que c'est tout le contraire qui est vrai, c'est la neurasthénie qui commence et c'est l'affection de l'estomac qui complète le tableau. »

Quoique partant d'un même principe, tous les neurologistes n'envisagent pas la neurasthénie de la même façon. Il existe actuellement deux théories nerveuses qui cherchent à expliquer les phénomènes nerveux.

L'une, la plus ancienne, est celle de Beard, de Charcot et de presque tous les neurologistes qui se sont occupés particulièrement de la question : Bouveret, Levillain, Gilles de la Tourette, etc..... Bien qu'elle ne puisse donner une explication satisfaisante de « la nature intime du phénomène cellulaire qui se traduit cliniquement par l'asthénie générale et que nous pourrions ignorer longtemps encore » (Brissaud), elle n'en reconnaît pas moins l'existence réelle de cette asthénie.

L'autre, plus récente, considère la neurasthénie comme une maladie psychique.

Nous exposerons brièvement ces deux théories très différentes l'une de l'autre.

a). — *Théorie nerveuse pure, mécanique ou dynamique.* — Comme nous venons de le voir c'est la théorie la plus généralement admise par les neurologistes.

Pour Raymond le syndrome neurasthénie est une « dépression générale du système nerveux, une diminution de son potentiel, une faiblesse irritable de celui-ci, une asthénie de tout l'appareil dans ses fonctions psychiques, sensitives, motrices, vaso-motrices, trophiques ».

Pour Brissaud la neurasthénie consiste en une « diminution de l'énergie nerveuse soit dans les petits appareils périphériques des viscères, soit dans les grands appareils centraux de la moelle ou du cerveau ».

Pour Mathieu c'est « un état de faiblesse du système nerveux indépendant d'une lésion de la nutrition ».

De Fleury pense que la neurasthénie est due « à un abaissement de la tonicité, de la vitalité du système nerveux se traduisant par un amoindrissement fonctionnel des deux catégories de phénomènes nerveux centrifuges suivants : motricité et sécrétion glandulaire ».

Pour lui, la déchéance physique très réelle qui résulte de l'insuffisance de l'innervation retentit bientôt sur l'état mental du neurasthénique.

Le malade a en effet conscience du fonctionnement défectueux de son organisme tout entier, d'où ces sentiments de tristesse, d'inquiétude, cette impossibilité de fixer son attention, cette asthénie psychique qui lui sont si particuliers.

L'auteur subordonne donc bien nettement l'état mental à l'état physique.

Il arrive à cette conclusion partagée par la grande majorité des neurologistes :

1° Que les phénomènes nerveux de la maladie de

Beard sont primitifs et que la dyspepsie les entretient ou les aggrave, mais ne les crée point de toutes pièces.

2° Que cependant l'état mental du neurasthénique n'est pas créateur de symptômes comme dans l'hystérie.

b). — *Théorie psychique.* — Cette seconde théorie nerveuse est soutenue depuis quelques années par le professeur Dubois, de Berne, et le professeur Dejerine. Elle diffère complètement de toutes les théories que nous venons d'exposer.

D'après ces auteurs, tous les troubles dont se plaignent les neurasthéniques sont purement subjectifs, l'état somatique est sous la dépendance directe de l'état mental.

Le trouble fondamental consiste en une sorte de parésie de la volonté ; le malade est dans l'impossibilité de réagir contre les symptômes physiques provoqués dans la grande majorité des cas par des causes morales. Les émotions de toute nature jouent un rôle considérable dans l'apparition de la neurasthénie ; on sait en effet qu'elles sont susceptibles d'agir directement sur les organes à muscles lisses et d'en troubler le fonctionnement. — Si la volonté est incapable d'exercer son influence sur les actes involontaires, du moins elle peut agir indirectement sur eux en provoquant des états émotionnels.

Chez l'individu normal la volonté réussit à supprimer les émotions et du même coup les troubles organiques qu'elles ont provoqués.

Le neurasthénique, au contraire, par suite de son manque de volonté, ne peut plus réagir ; il résulte de

cette aboulie que les troubles organiques survenus à l'occasion d'un choc quelconque, au lieu de disparaître rapidement, s'installent à demeure, se localisent sur tel ou tel organe, souvent sur plusieurs, augmentent d'intensité et finissent bientôt par simuler une véritable affection organique.

Cette conception pathogénique s'adapte non seulement à la neurasthénie, mais à toutes les psychonévroses. Si elle est vraie il est logiquement inutile de diagnostiquer l'hystérie de la neurasthénie, la neurasthénie des obsessions et des phobies ou de la mélancolie légère, puisque toutes ces affections relèvent, d'après la pathogénie, d'un même traitement : la psychothérapie.

Cette théorie psychique est d'une simplicité extrême et séduit au premier abord.

Les résultats remarquables qu'obtient le professeur Dejerine dans son service de la Salpêtrière semblent bien prouver que cette théorie est exacte dans de nombreux cas. Nous aurons à nous demander s'il est possible de l'adapter à tous les états neurasthéniques.

En résumé on peut dire qu'il existe actuellement trois grands groupes de théories pathogéniques de la neurasthénie :

1° Les uns attribuent une importance considérable aux troubles organiques, et y subordonnent les symptômes nerveux :

2° Les autres admettent une fatigue réelle et primitive du système nerveux tout entier, fatigue dont le malade prend peu à peu conscience : les troubles psychiques qui constituent l'état mental si particulier du

neurasthénique ne surviennent que secondairement ;

3° Une autre enfin prétend que tout est subjectif dans la neurasthénie, maladie avant tout psychique. Il existe un trouble primitif de l'esprit qui commande à tous les autres symptômes accusés par le neurasthénique.

## CHAPITRE III

### PEUT-ON APPLIQUER A LA NEURASTHÉNIE UNE PATHOGÉNIE GÉNÉRALE ?

En présence des nombreuses conceptions pathogéniques plus ou moins contradictoires que nous venons d'exposer, que doit-on faire ?

Faut-il adopter une théorie et l'appliquer aveuglément à tous les cas, c'est-à-dire traiter tous les neurasthéniques suivant un même principe ? Mais alors pourquoi se rallierait-on à l'une plutôt qu'à l'autre, car enfin toutes ces théories reposent sur des faits cliniques qui semblent indiscutables.

Faut-il en attendant que les auteurs se soient mis d'accord sur la pathogénie de la neurasthénie se contenter d'en combattre les symptômes ?

Cette solution qui est admise par un grand nombre de médecins ne nous paraît pas satisfaisante : nous ne pouvons admettre que le traitement d'un symptôme puisse amener la disparition de tous les éléments du syndrome neurasthénique.

Nous pensons qu'à côté de ces deux méthodes en existe une troisième qui consiste à ne repousser de parti pris aucune des théories pathogéniques.

Nous sommes convaincu qu'elles renferment toutes une part de vérité.

L'examen de ces théories nous a montré que les auteurs n'appliquaient pas à la pathogénie de la neurasthénie le principe de l'influence réciproque du physique sur le moral.

Les uns considèrent en effet comme primitifs les troubles psychiques et les troubles organiques comme secondaires : ils admettent donc l'influence prédominante du moral sur le physique.

Les autres pensent que les troubles organiques apparaissent d'abord et tiennent sous leur dépendance les troubles psychiques : de ce fait ils reconnaissent l'influence prédominante du physique sur le moral.

De toutes les théories organiques, les théories stomacales sont celles qui comptent le plus grand nombre de partisans : aussi allons-nous essayer de rechercher quelle est la cause du désaccord qui sépare les gastrothérapeutes et les défenseurs de la théorie psychique.

Nous pensons que ce désaccord tient en partie aux différences du milieu clinique dans lequel vivent ces auteurs.

a). — Les gastrothérapeutes ont l'occasion de voir des malades qui souffrent surtout de troubles gastriques et chez lesquels ils voient apparaître secondairement des troubles neurasthéniques.

Il est tout naturel que ces spécialistes fassent jouer

le rôle principal à la dyspepsie quand ils obtiennent la disparition simultanée des troubles organiques et des troubles psychiques, grâce au traitement de la maladie causale.

b). — De leur côté les neurologistes ont le plus souvent affaire à des malades qui présentent des troubles nerveux très accusés et qui sont devenus neurasthéniques à la suite d'un choc moral plus ou moins intense ; ils souffrent peu ou prou de l'estomac, mais il semble bien que chez eux les troubles organiques sont secondaires aux troubles psychiques. Les neurologistes admettent cependant la possibilité de troubles organiques vrais à côté de troubles similaires psychiques.

A ce propos il nous a paru intéressant de citer ici le passage d'un article publié par Déjerine et Gauckler, dans la *Presse médicale*, sous le titre « Les Fausses gastropathies ».

« Quelle est la genèse des pseudo-gastropathies fonctionnelles ? Il s'agit de troubles gastriques vrais à l'origine, mais prolongés. Ce sont des femmes ayant eu à l'occasion d'une grossesse les troubles digestifs d'observation courante que l'on connaît, ce sont des gens ayant présenté à l'occasion d'excès d'ordre éthylique les troubles que l'on conçoit qui, alors que la cause pathologique a depuis longtemps disparu, continuent à souffrir psychiquement là où les éléments organiques de l'affection n'existent plus.

Dans d'autres circonstances, étape par étape, la gastropathie s'est créée de toutes pièces.

Ailleurs, et c'est le cas le plus fréquent, les médecins

sont responsables qui par un examen trop prolongé, par la recherche de symptômes trop définis ont produit au bout d'un temps plus ou moins long chez des névropathes les phénomènes qu'ils avaient tout d'abord vainement mais trop obstinément recherchés. »

Ces auteurs admettent donc comme on le voit la réalité des troubles digestifs dans certains cas, au début, mais d'après eux ces troubles sont la plupart du temps « pathogéniquement et thérapeutiquement d'origine purement psychopathique », au moins à une période avancée.

Un point reste encore à éclaircir ; il s'agit de savoir à quoi l'on pourra reconnaître que l'affection dont la réalité a été admise au début est devenue psychique.

Nous pensons qu'il n'y a pas lieu d'opposer les théories stomacales à la théorie psychique et que chacune est susceptible de s'appliquer à certains cas déterminés.

Si les gastrothérapeutes ont raison de s'occuper des troubles dyspeptiques chez les neurasthéniques, ils ont tort, croyons-nous, quand ils affirment que la neurasthénie est toujours sous la dépendance d'une lésion primitive de l'estomac.

D'autre part les neurologistes, partisans de la théorie psychique, ne prêtent peut-être pas assez d'attention aux troubles organiques.

Une autre question se pose. Pourquoi les neurologistes partant d'un même principe, à savoir que les troubles nerveux sont primitifs, n'arrivent-ils pas à s'entendre sur la pathogénie de la neurasthénie ? Les uns, et ce

sont les plus nombreux, considèrent l'épuisement du système nerveux comme réel.

Les autres pensent que le neurasthénique crée de toutes pièces toute sa symptomatologie.

De cette divergence d'opinions il résulte deux thérapeutiques bien différentes.

Nous examinerons successivement ces deux thérapeutiques et nous verrons s'il est possible de trouver dans les résultats obtenus par le traitement la confirmation de l'une ou l'autre des théories pathogéniques nerveuses.

a). — Les partisans de la théorie nerveuse pure sont d'avis qu'il y a lieu de tenir compte chez les neurasthéniques de la tension artérielle, aussi les ont-ils groupés en deux grandes classes :

1° *Les hypotendus* qui sont de véritables épuisés du système nerveux. La dépression tant physique que psychique s'établit chez eux soit à la suite d'une émotion vive, soit après du surmenage, soit au cours ou pendant la convalescence d'une maladie débilitante (tuberculose, grippe, etc...).

Ces déprimés seront stimulés par tous les moyens physiques (hydrothérapie, massage, électrothérapie, injections salines...) et même médicamenteux (strychnine, acide phosphorique...).

2° *Les hypertendus* qui sont avant tout des intoxiqués, des arthritiques. Certains auteurs les considèrent comme des faux neurasthéniques.

Ces malades seront désintoxiqués par les moyens habituels (lait, diurétiques, laxatifs, iodure, trinitrine...)

Les neurologistes qui préconisent l'emploi des moyens physiques et médicamenteux pour tonifier ou désintoxiquer le système nerveux tout entier ne repoussent pas l'usage de la psychothérapie. — Bien au contraire, mais comme ils sont persuadés de l'objectivité des symptômes neurasthéniques, ils trouvent que le fait de remonter le moral du malade est tout à fait insuffisant. Voici d'ailleurs ce que pense de Fleury, l'un des auteurs qui s'est le plus occupé de cette question dans ces dernières années :

« Certes par la fermeté de votre attitude, par la sympathie que vous saurez extérioriser, par l'affirmation catégorique d'une guérison sûre, vous procurerez à votre sujet pour quelques minutes bien brèves certain réconfort.

Mais si en même temps vous ne savez pas supprimer ses troubles digestifs, redonner le tonus à ses muscles relâchés, si vous ne faites pas sa circulation plus active et sa nutrition plus intense, tout ce réconfort sera vain.

La sensation de fatigue ne cède pas par la suggestion, elle cède au contraire chez les intoxiqués aux différents procédés d'élimination des toxines et chez les véritables déprimés aux stimulations mécaniques méthodiquement pratiquées du système nerveux central. »

Maintenant que nous avons exposé dans ses grandes lignes le traitement actuellement appliqué par les partisans de l'objectivité de l'épuisement nerveux, nous allons examiner le traitement employé par les neurologistes qui croient à la nature psychique de tous les symptômes neurasthéniques.

b). — Ce traitement comprend quatre éléments.

Le principal est la *psychothérapie* qui consiste à relever par des raisonnements le moral du malade, à lui expliquer que les douleurs dont il se plaint n'existent pas en réalité, qu'elles dépendent directement de son manque d'énergie et qu'elles disparaîtront entièrement le jour où il aura retrouvé assez de volonté pour pouvoir les mépriser.

L'*isolement*, qui permet au médecin de pratiquer avec fruit la psychothérapie, a été préconisé dès 1882 par Weir-Mitchell dans le traitement de la neurasthénie et de l'hystérie ; il constitue un procédé de traitement de premier ordre. Il offre en effet le grand avantage de soustraire le neurasthénique à l'influence toujours nuisible des parents et des amis qui sont continuellement à le plaindre ou à le traiter de malade imaginaire.

Le *repos au lit* et la *suralimentation*, qui sont considérés comme des moyens accessoires, paraissent bien avoir dans beaucoup de cas une importance considérable.

Tous les neurasthéniques se trouvent bien du repos au lit, exception faite pour les intoxiqués qui ne retirent aucun avantage d'un repos trop prolongé.

La suralimentation, telle qu'elle doit être appliquée, ne peut donner que d'excellents résultats.

Le régime lacté absolu est prescrit pendant un certain temps, les malades doivent arriver à prendre 4 à 5 litres de lait dans les vingt-quatre heures. Ils se soumettent en général très facilement à ce genre de régime qui convient aussi bien aux neurasthéniques hypotendus qu'aux hypertendus : les uns reprennent rapide-

ment des forces, les autres arrivent peu à peu à se débarrasser de leurs toxines.

Nous pensons que c'est à l'ensemble de ces procédés bien plutôt qu'à la psychothérapie seule que sont dus les succès obtenus par ce traitement.

Nous en trouvons la preuve dans l'observation suivante de Camus et Pagniez tirée de leur très intéressant ouvrage sur *l'Isolement et la Psychothérapie*. C'est un cas de neurasthénie consécutive à la grippe et au surmenage :

Il s'agit d'une malade de 25 ans entrée le 12 février à la salle Pinel, sortie le 25 mars.

*Antécédents héréditaires et familiaux.* — Père bien portant, mère morte à la suite de couches. Frère bien portant.

*Antécédents personnels.* — Convulsions dans l'enfance, maux de tête fréquents pendant son adolescence.

Elle eut ses premières règles à 16 ans et a toujours été bien réglée depuis cette époque.

*Début des accidents actuels.* — En décembre 1902 la malade a la grippe.

Le 31 décembre elle ressent une violente douleur vers la partie moyenne du sternum. Cette douleur a duré, dit-elle, environ trois à quatre minutes et a été précédée d'une sorte d'éblouissement, de sensation visuelle assez difficile à définir.

Elle eut le même jour un point de côté siégeant à la partie gauche de la poitrine et une douleur derrière l'épaule gauche. Il est difficile de savoir si ces symptômes étaient d'origine nerveuse ou si l'on doit les attribuer à des lésions pulmonaires ou pleurales consécutives à la grippe.

Quelques jours plus tard apparurent des maux de tête très tenaces et à prédominance frontale.

En même temps insomnie.

Elle perdit l'appétit, éprouva une lassitude générale, de la faiblesse dans les jambes, de la fatigue très marquée le matin au moment du lever.

Malgré ces symptômes elle essayait de continuer son métier pénible. Elle travaille dix heures par jour dans une raffinerie où elle est parfois obligée de prolonger son travail pendant la nuit.

Depuis le mois de décembre elle ne se nourrit que de lait et souffre cependant de l'estomac.

Elle a souvent des sueurs nocturnes.

Elle est admise le 12 février 1903.

*Examen.* — Elle se plaint de douleurs d'estomac, de céphalée, de fatigue générale, de douleurs de reins, d'insomnie.

Réflexes tendineux exagérés.

Sensibilité cutanée à peu près normale.

Il existe un peu de tremblements de mains, de l'hyperesthésie de la région sous-mammaire gauche.

Réflexes plantaires abolis.

Le champ visuel n'est pas rétréci.

Réflexe pharyngien normal.

Urines normales.

Elle a l'habitude de prendre chaque soir des médicaments pour provoquer le sommeil. Elle est soumise au traitement habituel. La psychothérapie a consisté surtout en affirmation de guérison et évocation d'images attrayantes de guérison ; la malade est peu intelligente, assez craintive et renfermée en elle-même et la psychothérapie fut forcément par cela même rudimentaire.

Elle fut laissée trois semaines au régime lacté.

Le 24 mars la malade, très triste à son entrée, est devenue plus gaie, elle est revenue à l'alimentation ordinaire et digère bien ; l'appétit est revenu, le sommeil est régulier.

Elle conserve seulement un peu de douleur à la pression dans la région sous-mammaire gauche. Elle nous quitte en bon état de santé ayant engraisé de 4 kilogrammes.

Dans ce cas le rôle de la psychothérapie a été manifestement secondaire.

Il semble bien évident que la fatigue dont se plaignait la malade n'était pas subjective, mais bien réelle et que le repos au lit et la suralimentation ont été absolument indispensables pour redonner des forces à cette femme doublement déprimée par une maladie infectieuse, puis par un travail au-dessus de ses forces.

Nous basant sur des faits cliniques de ce genre qui sont loin d'être rares, nous ne pouvons admettre avec Dubois, de Berne, qu'il existe chez tous les neurasthéniques « autour d'un noyau de fatigue vraie, une gangue d'auto-suggestion de la fatigue ». Nous ne nions pas l'existence de cette auto-suggestion, mais nous croyons qu'il ne faut pas en exagérer l'importance.

Les partisans de la théorie psychique font observer qu'une bonne nouvelle a souvent pour résultat de faire disparaître les symptômes neurasthéniques, ce qui prouve bien leur origine psychique.

L'évolution de la neurasthénie traumatique confirme cette manière de voir. « Nous savons, dit Brissaud, que dans le plus grand nombre des cas elle guérit comme

par enchantement, lorsque le « sinistré » touche les dommages-intérêts que le tribunal lui alloue sur le certificat d'incurabilité délivré par le médecin expert. La jurisprudence établie depuis quelques années a contribué fortémeut à simplifier les difficultés théoriques et pratiques que la question soulève. »

Ces neurologistes ne reconnaissent donc aucune utilité aux moyens physiques employés généralement pour relever le système nerveux déprimé et ils prétendent que ces moyens, quand ils réussissent n'agissent que par suggestion.

De Fleury qui traite ses neurasthéniques hypotonus par des injections salines s'est élevé avec énergie contre cette affirmation : il a fait observer qu'il suffisait de 3 grammes de sérum pour donner de la fièvre à un tuberculeux et pour provoquer chez un paralytique général une forte poussée d'excitation mentale. Il reconnaît à tous les agents physiques une valeur réelle ; il suffit, dit-il, d'une stimulation purement mécanique du système nerveux pour changer l'hypotonus en hypertonus, la faiblesse en force musculaire et morale, ce qui prouve bien que l'état moral et mental du neurasthénique est inséparable de son état physique.

En présence de ces divers arguments qui reposent tous sur des constatations cliniques indiscutables, il est bien difficile de se rallier exclusivement à l'une ou à l'autre des théories nerveuses. La difficulté est d'autant plus grande que le traitement qui découle de chacune de ces théories ne vient pas ici éclairer la pathogénie.

Quelle que soit en effet la théorie que l'on adopte

la thérapeutique est au fond sensiblement la même. Les uns relèvent le système nerveux par des toniques de toute nature ou désintoxiquent l'organisme suivant qu'ils ont affaire à des hypo ou à des hypertendus : en même temps ils s'occupent sérieusement de l'état mental.

Les autres attachent une grande importance à la psychothérapie, ce qui ne les empêche pas d'avoir recours dans la plupart des cas au repos et à la suralimentation lactée qui constituent des moyens adjuvants de premier ordre.

L'emploi de l'isolement est le seul point sur lequel diffèrent les neurologistes, les uns le trouvant indispensable pour appliquer la psychothérapie dans de bonnes conditions, les autres ne s'en servant que très exceptionnellement dans les cas de neurasthénie grave.

## CHAPITRE IV

### OBSERVATIONS

Dans ce chapitre nous passerons successivement en revue une série de faits où l'une ou l'autre des théories pathogéniques précédemment exposées trouve son application.

Nous aurions pu multiplier le nombre des observations ; nous pensons que celles que nous donnons seront suffisantes pour nous permettre de justifier notre conception pathogénique de la neurasthénie.

#### *Neurasthénie par insuffisance congénitale du système nerveux.*

##### **Observation I** (GILLES DE LA TOURETTE.)

Il s'agit d'un homme de 26 ans dont l'existence n'a jamais été tourmentée par aucun souci matériel. Son enfance s'est passée sans rien de particulier. Il n'en fut pas de même plus tard.

Sa mère raconte que de 15 à 17 ans il fut obligé d'interrom-

pre ses études à plusieurs reprises par suite de troubles nerveux, développés sans raison apparente. Ses fonctions physiques étaient languissantes, il éprouvait des céphalées constantes, était taciturne, fuyait la société de ses camarades, avait perdu toute aptitude au travail.

De ce fait, quoique doué d'une brillante intelligence, il dut renoncer à se présenter au baccalauréat, puis au concours d'une École de l'État à laquelle il s'était primitivement destiné.

Ses études, tant bien que mal terminées, dispensé du service militaire comme fils de veuve, il entra dans le bureau d'un ministère où il est encore aujourd'hui : un examen des plus faciles lui en avait ouvert les portes.

Ses souffrances physiques et morales s'étaient calmées sans toutefois l'avoir complètement abandonné.

A 22 ans, sans motif appréciable, vivant avec sa mère à l'abri de toute émotion morale, de tout choc nerveux, il fut repris de douleurs céphalalgiques, qui, depuis lors, sauf quelques rares rémissions, n'ont fait que s'accroître.

Si on l'interroge, il décrit, avec beaucoup de précision, la douleur en casque du neurasthénique, laquelle acquiert chez lui une grande intensité surtout après les repas. Partie de la nuque, elle envahit parfois toute la tête.

Il lui semble avoir à l'intérieur du crâne quelque chose qui bouillonne à faire éclater les parois osseuses. Il ressent une chaleur intense qu'il prétend constater lui-même avec sa main placée *in situ*.

Ces douleurs se calment pendant la nuit, elles ne sont certainement pas d'origine organique.

Cette céphalalgie constitue une véritable obsession.

Pendant les rares moments où elle le quitte, il en a la crainte,

la hantise, elle l'a forcé à multiplier des congés qui ont contribué à entraver sa carrière administrative :

Il a voyagé, éprouvant d'abord quelque soulagement à voir du pays, mais une fois de retour à son poste, il est redevenu plus souffrant que jamais, d'autant qu'il est survenu des vertiges très tenaces, qui ont compliqué le tableau morbide.

A une certaine époque, la douleur s'est déplacée, elle est descendue, pesant sur les épaules à la façon d'une chape de plomb ; puis, sans abandonner complètement la tête, elle a envahi le côté droit du thorax.

A ce moment le malade s'est cru pleurétique et s'est rendu dans le Midi pour soigner son poumon. Puis il a pensé qu'il avait une maladie de cœur parce que, quittant le côté droit, la sensation douloureuse s'était fixée sur la partie gauche de la poitrine.

Alors il eut des cris d'angoisse qui firent songer à une angine de poitrine.

Toutes ces sensations, il les a minutieusement analysées, classées, étiquetées, consignées par écrit, réalisant le type de « l'homme aux petits papiers de Charcot ».

Malgré ces avatars, l'état général est resté assez satisfaisant, il existe même un emboupoint précoce, l'appétit est conservé avec lenteur de la digestion.

Ce neurasthénique de Gilles de la Tourette est un neurasthénique constitutionnel, un psychasthénique. Son observation est fort intéressante parce qu'elle nous montre comment un individu très fortement prédisposé peut devenir neurasthénique sous l'influence de la moindre cause soit psychique, soit organique.

Le malade dont il s'agit ne présenta rien de particulier jusqu'à l'âge de 15 ans, c'est seulement depuis cette époque que se révéla sans raison apparente la faiblesse de son système nerveux.

Il est bien évident que, si l'on ne tenait pas compte de la prédisposition, on ne pourrait comprendre comment une cause minime pourrait produire des phénomènes neurasthéniques aussi graves chez les malades de cette catégorie.

Il faut admettre qu'ils naissent avec un système nerveux capable de bien fonctionner pendant quelques années seulement.

### *Neurasthénies d'origine psychique.*

#### **Observation II (LEVILLAIN).**

M<sup>me</sup> Pl..., 31 ans, présente un type de neurasthénie complète, développée chez une paysanne à la suite d'émotions morales vives.

En effet M<sup>me</sup> Pl... s'est toujours très bien portée jusqu'à l'âge de 28 ans ; à ce moment elle allaitait son premier enfant qui entre ses bras fut subitement pris d'une crise de convulsions qui dura une heure à une heure et demie et laissa l'enfant comme mort : en réalité elle le crut mort et fut prise d'un tremblement général bientôt suivi de coliques et de diarrhée abondante.

Dès le lendemain elle se sentait brisée et menacée à tout instant de syncope : « on aurait dit que j'allais mourir. »

Pendant trois mois elle souffrit d'une insomnie tenace, elle

dormait au plus une ou deux heures le matin et encore avec des cauchemars terribles, des réveils en soubresauts..., puis apparurent des troubles gastriques : inappétence, ballonnement avec oppression, renvois, enfin constipation qui n'a jamais cessé depuis.

Hyperexcitabilité considérable ; à tout instant palpitations et tremblements.

Amyosthénie persistante très accusée ; cette femme qui vivait de la vie des champs, fut pendant plusieurs mois immobilisée dans sa chambre non seulement à cause de la fatigue musculaire mais aussi en raison de l'agoraphobie dont elle était atteinte.

D'autres phobies existaient en même temps, M<sup>me</sup> Pl... ne pouvait rester seule, elle avait peur de mourir, elle ne pouvait rester enfermée dans une chambre étroite sans que les fenêtres fussent ouvertes.

L'état mental était triste, très préoccupée de sa santé, désespérant de la guérison..., en même temps que très irritable ; les bruits et les cris de son enfant qu'il fallut éloigner de sa mère l'énervaient et lui donnaient mal à la tête.

L'asthénie psychique était aussi complète qu'on pouvait l'observer chez une femme de cette condition ; elle ne pouvait plus s'occuper de rien dans son ménage.

Enfin elle accusait encore des vertiges fréquents, de la rachialgie, et la sensation très nette de la plaque occipitale.

### Observation III (LEVILLAIN).

M. C., 25 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Père diabétique, mère névropathe, sœur et plusieurs collatéraux brightiques.

Le début des accidents neurasthéniques actuels se fit il y a deux ans, à la suite de surmenage intellectuel très accusé, par de l'insomnie, de la fatigue cérébrale, de l'amyosthénie à prédominance matutinale, de la constipation et une « grande excitation nerveuse ».

Il fit une première cure dans un sanatorium près de New-York où, d'après lui, on abusa des exercices physiques; il ne fut aucunement amélioré.

Puis il alla dans le Tyrol, où la constipation fut soulagée par le massage, mais non l'état général.

Il vint alors à Nice. Il présentait les symptômes suivants :

Aspect général presque cachectique; peau et muqueuses décolorées, amaigrissement très notable.

Du côté de la tête, a eu autrefois de la céphalée constrictive ; il éprouve surtout aujourd'hui un sentiment de vague dans les idées, de difficulté à concentrer l'attention qui disparaît pour tant sous l'influence de la marche.

M. C... peut réfléchir et penser plus nettement quand il se promène de long en large dans sa chambre ; mais autant autrefois il avait le cerveau lucide et actif, autant il le sent lourd et confus aujourd'hui. Le sommeil est assez régulier, mais horriblement troublé par des cauchemars.

La fatigue musculaire est constante, un peu plus accusée le matin ; M. C... doit passer presque toutes ses journées étendu au soleil sur une chaise longue ; la circulation est mauvaise, les extrémités presque toujours froides et en général grande difficulté pour se réchauffer.

Les troubles gastro-intestinaux consistent en hyperacidité avec lourdeur de l'estomac et sensation de grande dépression nerveuse après les repas ; la constipation est opiniâtre et a

déterminé des hémorroïdes sanglantes qui ont encore affaibli le malade.

M. C... présente en outre une sialorrhée très intense l'obligeant à tenir constamment un mouchoir à sa bouche et un crachoir près de lui, cette sialorrhée qui s'est développée à l'occasion d'une colère vive s'exagère manifestement sous l'influence des contrariétés ou émotions morales.

En effet l'état mental de M. C... est très irritable en même temps que très renfermé et très triste ; sans être exagérément préoccupé de sa santé, il déplore avec amertume la ténacité des accidents dont il souffre et le peu de succès des essais thérapeutiques qu'il a déjà faits.

Mais il faut avouer que M. C... se trouve dans de mauvaises conditions ; il a sans le vouloir neurasthénisé à son tour la jeune femme qu'il a épousée quelque temps après le début de ses troubles, et maintenant ils font ensemble ce qu'on pourrait appeler de la neurasthénie conjugale.

En effet M<sup>me</sup> C..., 22 ans, présente elle-même depuis quelque temps les caractères non douteux d'une forme légère de vraie neurasthénie qui s'est développée sous l'influence des contrariétés et de la préoccupation de la santé de son mari.

Bien portante avant son mariage, M<sup>me</sup> C..., qui, il est vrai, se surmène aussi intellectuellement, a vu peu à peu apparaître des vertiges, de l'impuissance cérébrale, des troubles du sommeil (rêves pénibles et affreux cauchemars), de l'amyosthénie matinale, des troubles gastriques (inappétence, lourdeur, brûlures après le repas), de la constipation, puis des palpitations, de l'excitation, des envies folles de pleurer, de l'impossibilité de travailler, etc.

En somme M<sup>me</sup> C... présente actuellement, bien que légère-

ment esquissée la plus grande partie des symptômes du type de Beard.

#### Observation IV (BALLET).

Une jeune femme de 30 à 32 ans vient un jour me trouver, présentant tous les symptômes de la neurasthénie la plus grave : céphalée, digestion horriblement difficile, lassitude invincible, etc... J'en cherche la cause avec l'idée, que l'expérience m'a suggérée, qu'il devait y avoir surmènement moral.

La malade me sort deux analyses de suc gastrique : dans l'une on la déclarait hypochlorhydrique, dans l'autre hyperchlorhydrique. Son mari était bon, elle n'avait pas de belle-mère, ses enfants se portaient bien. Quand une femme devient neurasthénique, cela vient presque toujours ou du mari, ou de la belle-mère, ou des enfants. Exceptionnellement cela vient du quatrième larron qui s'introduit dans le ménage et qui dans mon cas particulier n'existait pas.

Je revis plusieurs fois cette malade avec ma conviction bien arrêtée que ni son hyperchlorhydrie, ni son hypochlorhydrie ne pouvaient me rendre compte de sa neurasthénie. Un fait me frappa : la malade était bien mise, la robe de la bonne faiseuse, le corset irréprochable, la chemise de toile très fine.

Je la regardai bien en face et lui dis : « Madame, vous avez des ennuis que vous ne m'avouez pas ; vous avez un bon mari, pas de belle-mère, des enfants en bonne santé, rien du quatrième côté ; il ne vous reste plus qu'un seul motif d'ennui, c'est votre couturière. » Elle « piqua un fard » et finit par m'avouer que depuis des années elle avait en effet une grosse note chez sa couturière, 5.000 francs, qu'elle découvrait saint Pierre pour

couvrir saint Paul, sans pouvoir arriver à faire taire les exigences de sa couturière.

C'est pour cela qu'elle était neurasthénique et j'en eus la preuve expérimentale.

Son mari, désolé, vint me voir, me dit qu'il donnerait sa fortune pour guérir sa femme. « Monsieur, répondis-je, je ne vous demande pas votre fortune, je vous demande simplement deux choses : 1° Vous ne ferez aucune allusion ni maintenant, ni jamais à votre femme de ce que nous allons dire ; 2° vous me donnerez 5.000 francs, non pas pour moi, mais pour la couturière de votre femme. » Et la malade guérit, malgré son hyperchlorhydrie et son hypochlorhydrie.

Chez ces quatre malades les phénomènes neurasthéniques sont manifestement consécutifs à des causes psychiques.

La première malade, bien portante jusqu'à l'âge de 28 ans, a une émotion morale intense, suivie immédiatement d'accidents nerveux.

Le deuxième malade dont les antécédents neuroarthritiques sont assez chargés devient neurasthénique à la suite d'un surmenage intellectuel.

La troisième malade, femme du précédent et moins prédisposée que lui, présente une légère neurasthénie développée sous l'influence de contrariétés et de préoccupations que lui cause l'état de son mari.

Quant à la quatrième malade c'est l'émotion provoquée par l'impossibilité de payer une forte dette qui est la cause de la neurasthénie ; le résultat obtenu par le traitement nous en donne la preuve.

Nous insistons sur la différence qui existe entre ces neurasthéniques et le neurasthénique de Gille de la Tourette. Ici en effet la prédisposition est relativement faible, alors que la cause déterminante joue le rôle principal.

*Neurasthénies secondaires à des troubles dyspeptiques.*

**Observation V**

(Due à l'obligeance de M. le Professeur Mirallié).

M<sup>me</sup> X..., âgée de 32 ans.

Rien de particulier à noter dans ses antécédents héréditaires.

Elle se maria il y a dix ans, un an après elle eut un enfant; l'accouchement fut suivi d'une métrite qui persista pendant cinq ans.

Elle vient le 4 décembre 1905 consulter pour son estomac.

Les troubles qu'elle ressent du côté de cet organe se produisirent pour la première fois il y a dix ans dans les circonstances suivantes :

Elle faisait à ce moment un court séjour à Toulon avec son mari; son arrivée dans cette ville à l'époque des fortes chaleurs l'avait beaucoup fatiguée. (La malade fait remarquer que jusqu'à cette époque elle avait toujours eu un appétit excellent et que jamais elle n'avait souffert de l'estomac.)

Son appétit commença d'abord par diminuer, ses digestions devinrent de plus en plus difficiles.

En même temps elle eut des névralgies et des abcès dentaires. Ses souffrances étaient telles, raconte la malade, qu'elle res-

tait des journées entières sans manger, ne prenant guère que des cachets d'antipyrine.

Les troubles organiques ne tardèrent pas à retentir sur son état mental; la malade était devenue nerveuse, irritable, la moindre émotion, la moindre contrariété augmentait l'intensité de ses troubles dyspeptiques.

Elle avait beau manger très peu et de très bonne heure elle s'éveillait toujours la nuit, elle ressentait de la lourdeur au niveau de l'estomac; il lui semblait que le peu qu'elle avait mangé la veille restait à cet endroit, que son estomac était bouché, d'où sensation d'angoisse, d'étouffement.

L'insomnie était à peu près complète.

Il y a quelque temps sur les conseils d'un médecin elle se mit exclusivement au lait, mais ne put le digérer, elle vécut ainsi pendant trois semaines avec 3 à 4 verres de lait par jour.

Elle perdit ainsi 21 livres, tel fut le résultat de ce régime.

Elle alla ensuite au Havre consulter un nouveau médecin qui la soigna comme une neurasthénique (douches, fortifiants). Ce traitement lui réussit assez bien puisqu'elle regagna le poids qu'elle avait perdu, mais n'améliora pas les troubles gastriques.

C'est alors que nous la voyons.

La malade présente des signes d'hyperchlorhydrie très nets; elle a des brûlures trois à quatre heures après les repas, quand il lui arrive de faire un bon repas les douleurs sont longues à venir: inversement quand elle mange peu, et c'est là son habitude, les douleurs apparaissent plus tôt.

A l'examen: douleur à la pression au niveau du creux épigastrique.

Battements épigastriques.

De plus, la malade est très constipée, elle ne va à la selle qu'en

prenant du tamar indien ou une eau purgative quelconque.

Elle est triste alors qu'elle était très gaie autrefois, elle pense continuellement à son estomac et ne cesse d'en entretenir sa famille.

Elle se plaint de céphalée, d'insomnie, de courbature au réveil. « Ce n'est plus vivre que vivre ainsi, je suis désespérée », dit-elle.

En somme dépression physique et morale consécutive à des troubles dyspeptiques.

La malade qui habite dans les environs de Nantes se décide à rester pendant quelques jours à l'hôtel en compagnie de son mari pour se soigner.

Nous traitons son hypersthénie gastrique par les paquets alcalins et opiacés. Au bout de huit jours elle était guérie complètement et pouvait retourner chez elle : il est intéressant de noter que les symptômes neurasthéniques disparurent en même temps que les troubles dyspeptiques. Depuis nous l'avons revue, la guérison s'est maintenue, aucune rechute depuis décembre 1905.

## Observation VI

(Due à l'obligeance de M. le Professeur MIRALLIÉ.)

M<sup>me</sup> X... âgée de 50 ans, a toujours joui d'une bonne santé, lorsque en 1895 à la suite de chagrins et d'ennuis elle présente des troubles gastriques avec phénomènes de neurasthénie : céphalée en casque, asthénie physique et psychique...

Les troubles gastriques présentent tous les caractères des dyspepsies nerveuses ; extrême variabilité dans tous les symp-

tômes et dans leur agencement entre eux ; tantôt la dyspepsie revêt l'aspect de l'hyposthénie, tantôt de l'hypersthénie, tantôt il y a diarrhée, tantôt constipation. Suivant les divers stades de cette dyspepsie, la malade est soignée comme hypo ou comme hyperchlorhydrique, fait des séjours à Plombières, Châtel-Guyon, avec alternatives de mieux et de rechutes.

En janvier 1906 nous voyons cette malade pour des troubles nerveux variés : neurasthénie type avec céphalée en casque, asthénie physique et psychique, aboulie, tendances aux vertiges et à la syncope.

Du côté de l'appareil digestif on note tous les signes d'une hypersthénie manifeste. Fait intéressant : il existe une corrélation complète entre l'état nerveux général et l'état dyspeptique.

Au réveil la malade est anéantie au physique et au moral ; le petit déjeuner la remonte à peine ; à chaque instant la malade accuse une sensation de vide à l'estomac avec menace de syncope, la prise même très petite d'un aliment quelconque amène du soulagement des phénomènes réflexes.

Aussi la malade mange à chaque instant, mais peu à la fois, car l'arrivée des aliments dans l'estomac provoque d'abord une atténuation des symptômes, mais une atténuation passagère qui fait place bientôt à une sensation de pesanteur suivie enfin de la sensation de vide, si pénible pour la malade.

La malade mange donc constamment jour et nuit. Nous exigeons le repos au lit absolu, nous régularisons les repas et instituons le traitement alcalino-opiacé de l'hypersthénie gastrique.

En même temps nous faisons de la psychothérapie en affirmant à la malade sa guérison, en la raisonnant et en faisant disparaître par des médicaments tous les malaises au fur et à mesure qu'ils se présentent.

Rapidement la malade s'améliore au physique comme au moral.

A la fin de mars 1906 la malade fit un voyage d'excursion en Italie. Depuis cette époque la guérison s'est maintenue. M<sup>me</sup> X... jouit d'une santé physique parfaite et toute trace de neurasthénie a disparu. Mais elle a toujours continué son traitement alcalino-opiacé. Dès qu'elle le cesse les troubles hypersthéniques reparaissent, en même temps que la malade ressent de la faiblesse des membres inférieurs, de la lourdeur de tête, de la tendance à la syncope, quelques paquets alcalins remettent tout en ordre.

### Observation VIII

(Due à l'obligeance de M. le Professeur MIRALLIÉ.)

M. X..., âgé de 45 ans, grand et fortement musclé, se sent atteint depuis quelques mois d'une asthénie physique et psychique progressive. Obligé de se livrer chaque jour à un travail physique et intellectuel assez fatigant, il se sent devenir incapable de subvenir à ses devoirs. Le moindre effort le fatigue, tout travail intellectuel lui est impossible. Aussi malgré qu'une brillante carrière s'ouvre devant lui il songe à donner sa démission. Il a déjà pris plusieurs périodes de congé, il vient de se reposer depuis trois mois à Royan lorsque nous le voyons (sept. 1901).

Nous sommes frappé, dès le premier examen, de l'évolution horaire des phénomènes chez ce malade. Il se réveille exténué, incapable d'aucun travail; le petit déjeuner semble le remonter un peu, mais toute la matinée le malade « ne vaut rien ».

Il déjeune de bon appétit; après le repas il se trouve dispos,

c'est alors qu'il travaille le mieux, règle ses affaires importantes, est capable d'un effort sérieux.

Vers 5 à 6 heures du soir il se sent de nouveau fatigué, l'asthénie revient ; mais le dîner fait tout disparaître et la soirée est le meilleur moment de la journée. Il y a beaucoup moins de fatigue au coucher qu'au réveil.

Malgré l'absence de signes objectifs du côté de l'estomac nous pensons à une dyspepsie hypersthénique latente ayant déterminé une neurasthénie secondaire avec tous ses stigmates : asthénie physique et psychique, céphalée en casque, plaque sacrée.

Nous instituons un traitement contre l'hypersthénie (régime, paquets alcalins et opiacés).

Sur nos conseils le malade reprend son service.

En quelques mois tout symptôme morbide avait disparu. Sur nos conseils, M. X... accepte un service beaucoup plus chargé où il a une grosse responsabilité morale et une fatigue physique assez considérable.

Depuis 1901 la guérison ne s'est jamais démentie un moment. M. X... fait toujours attention à son régime et prend au moindre malaise ses paquets alcalins.

Il a rempli, depuis six ans, sans la moindre défaillance, un service très chargé : il n'a jamais été obligé d'interrompre son service, il a obtenu un avancement particulièrement rapide.

M. X... qui a pu dans certaines circonstances difficiles et fatigantes donner un effort soutenu physique et intellectuel, se sent de force à assumer aujourd'hui toutes les responsabilités qu'on voudra lui confier.

**Observation IX (personnelle).**

M. X..., 45 ans.

*Antécédents héréditaires.* — Père mort à 66 ans, souffrait d'une gastrite depuis dix-huit ans.

Mère âgée de 70 ans bien portante.

*Antécédents personnels.* — Le malade aurait eu un accès de fièvre paludéenne à 7 ans.

Il souffre de l'estomac depuis l'âge de 19 ans, il digérait mal, avait des renvois, des gaz intestinaux, des sensations de pesanteur et de brûlures au niveau de l'estomac trois ou quatre heures après les repas.

Il a toujours été très constipé.

Il y a cinq ans il consulta un médecin qui le mit au traitement alcalin et au régime lacté absolu. Ce traitement l'améliora légèrement.

Nous voyons le malade le 24 août 1906 pour la première fois.

Il se plaint de ressentir une sensation de pesanteur au creux épigastrique quelques heures après avoir mangé.

Il est extrêmement constipé et est obligé, pour aller à la selle, de prendre des lavements, et cela depuis cinq ans.

Le malade se montre très déprimé, très découragé, il a perdu ses forces, ne se sent aucune énergie, ne peut se livrer à aucun travail à tel point qu'il s'est trouvé dans l'obligation d'abandonner son métier.

Insomnie presque complète. Sensation de courbature très marquée au réveil.

L'amaigrissement est considérable.

Quoique les troubles dyspeptiques ne soient pas très pronon-

cés actuellement, nous le soumettons au traitement alcalin et calmant et nous lui donnons des douches. Puis nous supprimons ses lavements que nous remplaçons par du sulfate de magnésie.

29 avril 1907. — Le malade se plaint d'avoir encore de temps en temps des sensations de pesanteur.

Les selles sont devenues régulières, le malade a cessé ses lavements comme nous le lui avons conseillé.

L'état mental est meilleur, il reprend confiance.

27 mai 1907. — Toujours quelques sensations de pesanteur ou de brûlures après les repas.

L'appétit revient peu à peu.

Les selles sont très régulières grâce au sulfate de magnésie que le malade prend tous les matins.

Il pèse 50 kilos.

L'état mental s'est amélioré considérablement, les symptômes neurasthéniques qui étaient très accentués au début du traitement ont suivi la même évolution que les troubles dyspeptiques.

Le malade ne s'inquiète plus de son état, il dort beaucoup mieux et ne se réveille plus avec cette lassitude dont il se plaignait tant autrefois, son asthénie psychique est beaucoup moins accusée, il a pu reprendre depuis quelque temps son métier.

15 juillet 1907. — Les brûlures n'ont pas encore complètement disparu, elles reviennent en moyenne tous les dix jours et durent pendant deux ou trois jours.

Les paquets alcalins que le malade prend seulement au moment de ces douleurs, les calment aussitôt : aussi le malade ne s'en préoccupe-t-il plus.

Les selles sont toujours très régulières (depuis 8 jours le malade ne prend plus de magnésie).

Son poids est de 60 kilos.

L'appétit est tout à fait revenu.

Il n'existe plus de symptômes neurasthéniques ; le malade peut travailler beaucoup sans éprouver aucune fatigue.

*Le 15 décembre 1907.* — Nous avons revu le malade qui est complètement guéri sous tous les rapports.

Depuis le mois d'août il ne suit plus aucun traitement.

Ces quelques observations tendent à montrer l'influence que peuvent avoir les troubles dyspeptiques dans la genèse de certaines neurasthénies. Les résultats obtenus dans chaque cas par le traitement des troubles considérés comme primitifs nous prouvent que les théories pathogéniques stomacales sont parfaitement fondées.

Aussi dans les cas de ce genre reconnaissons-nous avec Beau, Broussais, Bouchard, Hayem et Winter, Leven, Pron, Bardet, Turquet et presque tous ceux qui s'occupent de pathologie gastrique l'importance de la dyspepsie.

C'est aussi l'opinion du professeur Alb. Robin qui, bien que ne se ralliant à aucune des théories stomacales, pense que dans 25 0/0 des cas la neurasthénie est d'origine dyspeptique.

Au point de vue pratique il importe peu de savoir quelle est la meilleure des théories stomacales qui ont été mises en avant pour expliquer la pathogénie des phénomènes neurasthéniques. Ce qui importe surtout c'est de ne pas considérer les troubles gastriques comme subjectifs.

Nous ferons toutefois remarquer que les quatre neu-

rasthéniques précédents étaient des hyperchlorhydriques, cette constatation ne nous permet par conséquent pas d'appliquer chez ces malades la théorie de l'auto-intoxication d'origine gastro-intestinale, auto-intoxication qui, d'après Bouchard, est consécutive à la dilatation de l'estomac et à l'hypochlorhydrie.

*Neurasthénie secondaire à des troubles hépatiques.*

**Observation X** (in thèse GODLEWSKI).

M. L..., 49 ans, entre le 3 avril dans le service de mon maître le professeur Carrieu pour troubles digestifs et faiblesse musculaire.

*Antécédents héréditaires.* — Père nerveux.

*Antécédents personnels.* — Nerveuse, a eu de légères crises nerveuses dans son jeune âge. Règles à 16 ans tardives, irrégulières, a eu trois enfants en trois ans.

En 1886 a eu la jaunisse qui a duré quinze jours. Rhumatismes légers.

Début il y a cinq ans coïncidant avec la suppression des règles et à l'occasion d'émotions successives occasionnées par la perte de son fils et de sa fille. La maladie débute par des vertiges, céphalée, perte d'appétit. Ces signes augmentent. L'anorexie s'accompagne de nausées après le repas, les digestions sont pénibles, lentes avec des flatulences, aigreurs et douleur épigastrique. La malade souffre à jeun et mange pour calmer cette douleur qui recommence après l'absorption d'aliments.

Alternatives de diarrhée et de constipation.

Palpitations, étouffements, angoisse précordiale surtout après

les repas, mais sans relation avec l'alimentation. Amaigrissement, poids 55 kilos.

Tous ces signes sont allés en augmentant, sont devenus plus compliqués et à cet élément dyspeptique s'est surajouté un élément névropathique d'asthénie générale avec névralgie qui décide la malade à entrer à l'hôpital.

*Examen le 3 avril 1906.* — La malade a faim, mais dégoût pour les aliments gras, malaise avec le besoin fréquent de prendre.

Elle est obligée de restreindre son alimentation pour éviter cette sensation de « pesanteur qui la tue, dit-elle ».

Flatulences, aigreurs longtemps après le repas avec douleur épigastrique et douleur transversale ombilicale.

Constipation peu prononcée, mais épreintes, ténesme, selles dures, scybales avec parfois des glaires.

Faiblesse musculaire générale, hypochondrie, impossibilité de tout travail, céphalée, vertiges, insomnie, la malade se réveille toujours à 3 heures du matin.

Hyperexcitable pour un rien. Palpitations fréquentes avec un pouls rapide légèrement intermittent avec 80 pulsations dans la position horizontale et 92 debout. Respiration lente, superficielle. Anémie.

Signes objectifs : Ventre souple. L'estomac n'est pas très dilaté, sa limite inférieure arrive à l'ombilic, la petite courbure est abaissée, il y a surtout de la gastropiose. La corde transverse du côlon se sent facilement sous l'ombilic et un peu à droite.

Gargouillements obtenus par le procédé de glissement. Boudin caecal. La palpation classique montre le foie abaissé, son lobe gauche descendu assez bas sur l'estomac. C'est ce lobe

qui est douloureux à la pression et qui indique bien que la douleur attribuée par la malade à l'estomac est hépatique.

Enfin il y a une néphroptose au deuxième degré des deux reins, plus du droit cependant, facilement perceptible.

Épreuve de la sangle positive.

*Traitement.* — Sangle de Glénard.

Laxatifs quotidiens légers.

Régime léger, purée, pâtes, légumes frais.

17 avril. — Malade fortement améliorée, n'a presque plus de troubles gastriques. Elle sort, poids 59 kilos.

8 mai. — La malade est revenue nous voir, guérison durable.

Nous ferons remarquer que bien que les symptômes neurasthéniques soient survenus à l'occasion d'émotions vives, il n'en est pas moins vrai que les troubles hépatiques ont joué un rôle important dans le développement des troubles gastriques et des troubles nerveux.

Les résultats obtenus ici grâce au traitement préconisé par Glénard prouvent que la théorie de l'entérop-tose peut dans certains cas trouver son application.

### *Neurasthénie secondaire à des troubles génitaux.*

#### **Observation XI (BATUAUD).**

Jeune fille de 15 ans, née d'un père arthritique, d'une mère à la fois arthritique et neurasthénique, réglée depuis deux ans, normalement dans les premiers mois, avait vu ses époques devenir de plus en plus rapprochées, de plus en plus abondantes, d'une durée de plus en plus prolongée.

Dès le début de ces accidents un médecin fut consulté qui

Conseilla la suralimentation, un repos presque complet la moitié du mois, défendit tout exercice un peu actif et ordonna des préparations ferrugineuses destinées dans son esprit à combattre l'anémie révélée par les pâles couleurs de la jeune malade.

Plus le traitement était rigoureux, plus les règles devenaient abondantes et prolongées.

Un examen local avait été pratiqué qui ne révélait ni tumeur, ni polype muqueux, ni lésion évidente des annexes. Au fer on associa les arsenicaux et la situation ne faisait qu'empirer. C'est dans ces conditions que je vis la malade pâle, affaiblie, un peu obèse, digérant mal, ayant de l'hypotension artérielle, de la dilatation d'estomac, de l'entéroptose, une congestion utérine intense, une légère rétroversion mobile, les deux ovaires sensibles et un peu augmentés de volume.

Mon premier soin fut de supprimer complètement les ferrugineux et les arsenicaux qui ne pouvaient qu'exagérer la congestion utéro-annexielle. Je conseillai une alimentation de digestion facile, mais moins riche en aliments azotés, la suppression complète des vins dont on tendait à abuser, sous prétexte de tonifier la malade. J'ordonnai une vie plus active et le retour progressif aux jeux de grand air qu'on redoutait bien à tort ; je permis même la bicyclette avec modération.

Une série d'injections hypodermiques de sérum artificiel diminua rapidement l'hypotension artérielle et réveilla la vitalité, augmenta l'appétit, donna des forces et, en activant la circulation cutanée, supprima cette pâleur du visage qui inquiétait tout le monde. La poudre de glande mammaire fut administrée comme unique médicament interne, dans le but de combattre l'hyperfonction ovarienne et eut en effet pour résultat d'abord d'empêcher les règles de revenir avant le terme normal, puis de les ren-

dre moins abondantes et moins longues. Après quelques mois de ce traitement, cette jeune fille avait repris son entrain, sa gaieté, elle n'avait plus ni neurasthénie, ni hémorragies.

Il semble bien que chez cette jeune fille la neurasthénie ait eu pour cause l'hyperfonction ovarienne : la poudre de glande mammaire administrée a en effet produit un double résultat, la disparition des hémorragies et de la neurasthénie.

En général les auteurs pensent que « les lésions organiques et les troubles fonctionnels de l'appareil génital n'exercent aucune action sur les centres nerveux, mais agissent sur l'état moral des malades par les préoccupations tristes, les inquiétudes, les peurs qu'ils entretiennent dans l'esprit ». (Ballet.)

Cela ne nous paraît pas douteux, mais nous croyons qu'il serait dangereux de ne s'occuper que de ces préoccupations et de n'attacher aucune importance à la cause même de ces préoccupations.

### *Neurasthénies secondaires à des troubles des glandes à sécrétion interne.*

#### **Observation XII** (DUFOR et ROGUES DE FURSAC.)

M<sup>me</sup> T..., âgée actuellement de 54 ans, est entrée dans le service de notre maître M. le professeur Joffroy en décembre 1895.

Cette femme trois ans auparavant avait vu à l'occasion de la ménopause s'établir chez elle tous les accidents qui ont été décrits au cours de la neurasthénie : céphalée, dépression psy-

chique, irritabilité mentale et nerveuse et surtout grande dépression musculaire. Progressivement, mais sûrement elle allait en s'affaiblissant et désolée courait les services de Paris et les consultations où on lui disait qu'elle était atteinte de neurasthénie.

Ses forces diminuant de plus en plus elle fut hospitalisée, puis transférée dans le service du professeur Joffroy.

Malgré la multiplicité des traitements antérieurs elle dut devant leur inefficacité prendre le lit et le garder dans un état d'affaiblissement extrême.

On dut la faire manger ; elle parlait à peine évitant tout effort musculaire et laissait même aller ses matières dans son lit.

Comme troubles intellectuels on notait des lamentations bien compréhensibles sur sa déchéance physique, mais l'intelligence était intacte.

Elle se rendait parfaitement compte de sa situation, elle ne délirait pas et semblait, ainsi qu'on l'a justement dit à propos des addisonniens, comme curarisée. En un mot l'asthénie musculaire dominait le tableau morbide.

C'est alors en février 1898 qu'après avoir longuement étudié cette malade et avec l'assentiment de notre maître, le professeur Joffroy, nous donnâmes à cette femme des capsules d'extrait surrénal.

Jamais elle n'avait été plus malade puisque, ainsi que nous l'avons dit, son affection était progressive.

M<sup>me</sup> T... prit suivant les moments quatre à trois capsules par jour, pour descendre à deux depuis quatre mois seulement.

Voilà donc vingt mois que cette malade est soumise à ce traitement surrénal sans inconvénients.

Elle est sortie du service du professeur Joffroy il y a quelques semaines.

Mais heureusement pour la thérapeutique mise en usage il ne lui a pas fallu un aussi long espace de temps pour arriver à ce résultat.

L'amélioration chez cette femme qui a été soumise à ce traitement au cours des accidents les plus graves de sa maladie a commencé dès deux mois après le début de l'ingestion des capsules surrénales.

Depuis elle ne s'est pas ralentie.

Les forces musculaires sont revenues. De 80 livres (début du traitement), M<sup>me</sup> T... est arrivée aujourd'hui à peser 160 livres.

(Cette observation de neurasthénie surrénale a été communiquée à la Société de neurologie en décembre 1899.)

### **Observation XIII (LÉVI et DE ROTHSCHILD).**

Institutrice de 31 ans, célibataire, a été soignée à l'âge de 2 ans pour une diarrhée jugée mortelle par le médecin, elle contracta ultérieurement la coqueluche.

De 11 ans à 12 ans 1/2 elle eut des migraines presque quotidiennes durant quatre à cinq heures, survenant l'après-midi, s'accompagnant de nausées et de vomissements.

Elles persistèrent plus espacées jusqu'à 14 ans.

Elle était sujette aux maux de gorge et souffrait d'engelures.

Menstruation entre 14 et 15 ans. Il y eut une première interruption de six mois.

A 17 ans elle dut suspendre ses études par le fait d'une anémie très prononcée. Deuxième interruption des règles ayant duré cinq à six mois.

Les menstrues se présentèrent à la suite irrégulièrement : à chaque époque elle est fatiguée, constipée, frileuse, a les doigts

morts, des douleurs articulaires, de la migraine. Congé de deux mois.

Puis sa santé fut parfaite de 24 à 28 ans.

A 28 ans elle contracta à l'école une rougeole qui fut très grave et l'année suivante une varicelle.

A 30 ans elle quitte sa famille pour venir à Paris ; elle éprouve de vives émotions, supporte mal son changement de vie, ressent de la fatigue, car, outre une classe de 80 élèves qu'elle dirige, elle se livre à un travail personnel très absorbant et fait ainsi effort pendant deux mois.

Elle est prise alors de lassitude générale, d'asthénie cérébrale, de céphalée, d'hyporexie, de changement de caractère (elle devient triste, désagréable, de mauvaise humeur), d'insomnie, de diminution de la mémoire.

Le fait de lire une page, de monter un escalier lui est impossible.

Quand nous la voyons le 21 novembre elle est restée un mois au repos, sans résultat appréciable.

Nous la soumettons au traitement thyroïdien.

Après avoir ingéré 7 cachets (chaque cachet contient 0,50 de glande fraîche), elle a plus d'appétit, son intestin va mieux, elle dort davantage bien qu'ayant des cauchemars.

Et déjà après 10 cachets, l'appétit, l'intestin, le sommeil continuent à s'améliorer. Elle se sent l'esprit plus délié, l'humeur plus gaie.

L'amélioration s'accroît après l'ingestion de 35 cachets. Elle a plus de force, plus d'entrain, commence à s'appliquer au travail.

Le 29 décembre elle a absorbé 47 cachets.

Les règles venues du 21 au 27 abondantes l'ont été moins toutefois qu'en septembre et en novembre.

Elle n'a plus éprouvé pendant ses menstrues ni constipation, ni vertiges, ni migraine.

Elle se sent plus forte, a fait de longues marches, a plus d'entrain, ne ressent plus de lassitude, a une grande facilité au travail, a un caractère égal.

Nous avons tenu à ne pas séparer ces deux observations fort instructives qui montrent le rôle que peuvent jouer les glandes à sécrétion interne dans la genèse de certaines neurasthénies.

La première malade avait été considérée pendant trois ans comme atteinte de neurasthénie primitive et soignée en conséquence. Il était en effet très naturel de reconnaître aux symptômes neurasthéniques qu'elle présentait, une origine nerveuse, attendu que l'examen des organes n'avait rien révélé de particulier. C'est tout à fait par hasard que les auteurs frappés de l'asthénie profonde qui dominait tout le tableau clinique, se sont décidés à instituer un traitement opothérapique.

Les effets remarquables obtenus grâce à cette médication ont prouvé que les symptômes neurasthéniques étaient étroitement liés à l'insuffisance surrénale.

La deuxième observation nous montre une jeune fille qui devint neurasthénique à la suite d'émotions et de surmenage intellectuel. De par son mode d'apparition on était en droit de reconnaître à cette neurasthénie une origine psychique. Mais la constatation chez la malade de signes d'hypothyroïdie engagèrent les auteurs à instituer un traitement contre ces troubles : ayant constaté la disparition simultanée des symptômes d'hy-

pothyroïdie d'une part et des symptômes neurasthéniques d'autre part, ils ont été amenés à conclure tout naturellement que ceux-ci résultaient d'une insuffisance thyroïdienne.

Il semble bien que lorsque nous connaissons mieux le rôle des glandes à sécrétion interne, il nous sera plus facile d'expliquer certaines neurasthénies dont la pathogénie nous échappe et qui résistent à tous les traitements.

Nous en avons trouvé une nouvelle preuve dans deux observations publiées très récemment dans la *Revue de Médecine* par Schneider (de Lyon).

Il s'agit de deux cas de neurasthénies considérées comme des neurasthénies graves et que l'auteur fait dépendre d'une insuffisance surrénale chronique. Son opinion est basée sur la constatation qu'il a faite chez ses malades de signes d'insuffisance surrénale dont les principaux sont l'hypothermie (36°), l'hypotension artérielle (12 à 13), — pouls petit, fréquent, instable — ligne blanche abdominale. Asthénie très prononcée.

Le traitement opothéraptique n'ayant pas encore été institué au moment de la publication de ces observations il n'est pas possible de se prononcer sur le bien-fondé de la pathogénie admise par l'auteur.

*Neurasthénie secondaire à des lésions du naso-pharynx.*

#### Observation XIV (ROYET).

M. X..., 38 ans, gardien dans une administration.

*Antécédents héréditaires.* — Une sœur sourde par suite d'une surdité acquise.

*Antécédents personnels.* — Rien à noter : l'audition de l'oreille gauche a toujours été un peu inférieure à celle de l'oreille droite.

L'affection débuta il y a trois ans par une sensation de froid dans les oreilles, surtout à gauche.

Nombreux traitements qui ne donnèrent aucun résultat.

*État actuel* (lors du premier examen).

Circulation : normale, quelquefois tachycardie émotive.

Respiration : normale. Cependant de temps en temps la nuit un peu d'insuffisance nasale, ronflement.

Digestion : diminution de l'appétit, tendance à la constipation. Sécrétions et excrétions : normales.

Fonctions de motricité : rien de spécial.

Sensibilités :

Sensibilités au tact, à la température, à la douleur : normales

Sensibilité olfactive : à peu près nulle.

Sensibilité gustative : émoussée.

Sensibilité auditive : diminuée à gauche.

Céphalées : Sensation prononcée de fatigue et de dépression. Impression d'angoisse constante, sensations psychiques anormales, hallucinations auditives, céphalées frontales ou occipitales à peu près constantes, obsédantes, à paroxysmes irréguliers, accompagnées d'une sensation de constriction en cercle.

Le malade ne peut fixer son attention sur les sensations qu'il reçoit, la perception n'en est pas immédiate.

De même qu'il ne peut fixer son attention sur les sensations reçues de l'extérieur, il ne réussit pas non plus à l'arrêter immédiatement sur ses propres pensées qui défilent sans frein et auxquelles il assiste pour ainsi dire en spectateur. Dans ces conditions les associations d'idées se font autrement que par des

liens logiques à la façon dont sans doute elles se produisent chez les excités maniaques.

Le malade est dans un état d'anxiété constante qui se complique d'un profond découragement dû à l'inutilité des traitements subis, à la crainte de perdre sa place. Il a manifesté quelques idées de suicide.

La physionomie et l'attitude sont en rapport avec l'état mental : elles indiquent surtout l'inquiétude et la tristesse. Regard méfiant.

*Examen des fosses nasales :* Nombreux polypes muqueux autour des cornets moyens.

Ils ne descendent pas assez bas pour obstruer les narines qui sont très larges de sorte que la respiration par le nez est restée possible.

Ils sont serrés les uns contre les autres comme des grains de maïs sur leur tige, — un seul à gauche est un peu volumineux.

Pas d'écoulement purulent, ni muqueux, sinus transparents.

Dents du maxillaire supérieur saines.

Légère inflammation chronique du pharynx.

*Traitement.* — Les polypes sont enlevés en plusieurs séances à l'anse froide et à la curette tranchante, leur surface d'implantation modifiée au galvano-cautère.

Dès la première séance l'état s'améliore, la céphalée diminue, les idées sont moins brouillées, la tristesse moindre. Sommeil calme.

A mesure que le nez est mieux débarrassé de ses tumeurs muqueuses le progrès vers la santé parfaite s'accroît et avec les derniers polypes disparaissent les dernières traces de la maladie.

Pendant le cours du traitement à la suite de l'inflammation

causée par la cautérisation au galvano-cautère la céphalée a reparu pendant un jour ou deux ramenant avec elle une partie des anciens troubles mentaux.

C'est là un fait qui a presque la valeur d'une expérience, qui confirme l'exactitude de l'interprétation du rôle pathogénique attribué aux lésions nasales.

Royet pense que dans ce cas les symptômes neurasthéniques sont dus à une action réflexe ou à une modification directe de la vascularisation sanguine ou lymphatique des centres nerveux. Il admet que la prédisposition est indispensable mais que cette notion de prédisposition ne doit pas entraver l'action thérapeutique. Bien au contraire, c'est dans les cas de ce genre qu'il ne faut pas hésiter à intervenir, c'est la « seule façon de détruire les petites causes qui peuvent produire de grands effets. »

La disparition des troubles neurasthéniques par le traitement de la lésion nasale constitue une preuve suffisante de l'action de la lésion organique sur les troubles psychiques.

### *Neurasthénies secondaires à l'artério-sclérose.*

#### **Observation XV**

(Due à l'obligeance de M. le professeur MIRALLIÉ.)

M. X..., âgé de 58 ans, avocat.

Il y a six ans, le malade eut un vertige en sortant de table, puis resta six mois environ sans en avoir.

Un jour qu'il plaidait, un nouveau vertige le surprit. Depuis cette époque, il a la phobie du vertige, il lui est impossible de plaider debout. Assis, il peut parler pendant des heures, mais si, par malheur, il pense à son vertige, il perd immédiatement toute assurance.

Les vertiges vrais qui, en somme, étaient assez rares autrefois, deviennent de plus en plus fréquents, à tel point que le malade s'est trouvé dans l'obligation de réduire considérablement sa clientèle.

Nous le voyons pour la première fois le 10 octobre 1905. Il est très déprimé au physique comme au moral, très découragé par l'insuccès de toutes les médications antérieures... (jusqu'ici, il a toujours été considéré comme un neurasthénique et traité en conséquence.)

Il se plaint surtout d'insomnies persistantes et d'une sensation de courbature générale qu'il éprouve tous les matins à son réveil.

Mais c'est de ses vertiges qu'il nous entretient le plus longuement; c'est le symptôme dominant chez lui.

A l'examen nous trouvons un foie petit et des varices.

Quoique nous n'ayons relevé aucun signe net d'artério-sclérose, nous le soumettons au traitement ioduré et au régime lacto-végétarien.

5 novembre. — Le traitement a produit une diminution notable des vertiges et des phobies du vertige.

Depuis huit jours, le sommeil est meilleur; au réveil, le malade se sent bien reposé (ce qui, de puis quatre ans, ne lui était jamais arrivé).

Il se plaint d'être très constipé; nous lui donnons la solution de Bourget.

2 décembre. — Le malade a encore eu un vertige, son état général continue à s'améliorer; moins de dépression, moins de phobies, beaucoup « plus d'aplomb et d'équilibre ».

L'insomnie, les cauchemars ont reparu de même que la lassitude au réveil.

Nous conseillons au malade de reprendre le traitement ioduré qu'il avait interrompu pendant quelques jours, à la suite d'une légère indisposition.

19 janvier 1906. — Beaucoup de mieux. Le malade écrit : « Si je pouvais retrouver un sommeil plus prolongé et moins agité je me porterais parfaitement. »

18 juillet. — Nous revoyons le malade qui nous déclare être complètement débarrassé de ses vertiges, il n'a plus de phobies, plus aucun symptôme neurasthénique. Il a repris ses occupations, sa clientèle et plaide comme autrefois.

#### Observation XVI (GODLEWSKI).

Il s'agit d'une femme de 54 ans, malade depuis onze ans. Elle avait été soignée pour des maladies diverses sans résultat et ne voulait plus voir de médecins, convaincue que sa maladie était incurable.

Elle n'avait pas quitté sa maison depuis dix ans déclarant qu'il lui était impossible de marcher. Chaque nuit elle était prise de crises de fausse angine de poitrine et par les plus grands froids était obligée de laisser ses fenêtres ouvertes. Sur les instances d'un de ses voisins que j'avais guéri elle consentit à me faire appeler. Je constatai une hypertension avec commencement d'artério-sclérose, céphalée, amyosthénie, insomnie, dépression morale extrême, plaque sacrée, pessimisme, pouls serré, reten-

tissement aortique légèrement éclatant, huit pulsations de plus dans la position horizontale que dans la position verticale.

Après un examen attentif je lui déclarai que je pouvais lui faire beaucoup de bien.

Profondément découragée elle me déclara que si elle avait consenti à me faire appeler, c'était pour ne pas être désagréable à ses parents et à ses amis, qu'elle n'avait plus aucune espérance et qu'il était inutile de faire un nouveau traitement.

Persuadé que je pouvais considérablement améliorer son état, j'insistai avec l'assurance que donne la conviction et lui demandai d'essayer simplement de prendre un médicament dont je lui garantissais le succès : 2 gouttes de solution de trinitrine au centième pendant les crises de la nuit. Elle consentit sur mes instances, mais uniquement pour m'être agréable, disait-elle, convaincue qu'elle n'en obtiendrait aucun effet. Le résultat fut tel que je l'avais annoncé.

La malade en fut si frappée et éprouva un tel bien-être qu'elle me déclara être prête à suivre toutes mes prescriptions ; elle se sentait renaître à l'espérance.

Voilà six ans que je lui donne mes soins, je l'ai soumise au régime lacto-végétarien et lui fais prendre matin et soir un comprimé de tétanitol à 5 milligrammes.

Tous les symptômes neurasthéniques ont disparu, elle n'a plus de crises d'angine de poitrine, dort les fenêtres fermées, fait de longues promenades à pied, visite ses amies et est heureuse de vivre. Par le régime et le tétanitol la tension artérielle se maintient à la normale.

Les symptômes neurasthéniques que l'on relève chez ces deux malades sont-ils liés à l'artério-sclérose ou

sont-ils dus à des préoccupations morales bien naturelles causées chez le premier malade par ces vertiges répétés qui l'avaient mis dans l'obligation d'abandonner à peu près sa profession; chez la deuxième malade par ces crises de fausse angine de poitrine qui depuis dix ans l'avaient empêchée de sortir de sa maison.

Il est assez difficile de résoudre cette question : cependant ce que l'on peut affirmer, c'est l'origine organique et non psychique des accidents qui ont motivé l'intervention des médecins.

Si l'on avait persisté en effet à considérer ces phénomènes comme des phénomènes d'origine psychique, si l'on avait continué à soigner ces malades comme de simples névropathes, il est bien certain qu'on aurait couru le risque de ne jamais les améliorer.

L'idée que l'on a eue de les considérer avant tout comme des artério-scléreux et de leur appliquer un traitement approprié s'est trouvée vérifiée par les résultats thérapeutiques obtenus dans les deux cas.

### *Neurasthénie secondaire au diabète.*

#### **Observation XVII (LEVILLAIN.)**

M. Ma..., 34 ans, est atteint de troubles névropathiques gastro-intestinaux et nutritifs généraux qui semblent être sous dépendance de la glycosurie intermittente dont il est affecté.

Les antécédents héréditaires sont névropathiques, père médecin mort jeune, mère nerveuse morte brightique, oncle psychopathe, tante hystérique.

Les antécédents personnels sont nuls jusqu'à 21 ans, santé robuste jusque-là ; puis surviennent des ennuis considérables de famille, grosses préoccupations d'affaires et il semble qu'à ce moment se soit produit une légère neurasthénie avec céphalée constante, troubles vaso-moteurs et dyspeptiques.

A 18 ans (mariage), la nervosité irritable s'accroît, en outre poussées de sciatique gauche avec contractions vermiculaires et crampes dans le mollet gauche, de temps en temps rachialgie et occipitalgie : malgré cela la nutrition générale reste bonne ; en décembre 1893 M. Ma... pesait encore 80 kilos.

Le début des troubles actuels s'est fait nettement en janvier 1904, d'une manière presque aiguë et sous forme de céphalalgie, vertiges et nausées avec embarras gastrique et langue saburrale ; on fit alors le diagnostic d'influenza. Après trois semaines d'état aigu, la santé ne se rétablit pas complètement, les maux de tête persistent avec prédominance de localisation à la nuque. En mars 1894, poussées de lumbago très douloureuses durant quinze jours.

En juin 1894 reprise des accidents du début, l'état vertigineux est très accusé ; il s'y ajoute des troubles de la vue (diplopie, amblyopie...), c'est alors qu'on fait la première analyse d'urine et qu'on découvre 39 grammes du sucre par litre sans polyurie, ni azoturie franche.

M. Ma... consulte alors le professeur L... qui prescrit : Vals, digitaline, bromure de K., dioscoride et régime végétarien. Le sucre baisse rapidement et oscille pendant trois mois entre 6 et 8 grammes.

En même temps les troubles nerveux diminuent, mais il y a tendance marquée à l'azoturie, l'urée oscillant entre 46 et 57 grammes pendant cette période.

Le régime est changé : 2 litres de lait par jour, Vichy et quelques viandes fortes. Le sucre remonte rapidement ; le 10 décembre l'analyse dénote 40 grammes par vingt-quatre heures.

Le lait est alors supprimé, le sucre descend à 5 grammes le 14 décembre et disparaît complètement le 18 ; en même temps que la poussée glycosurique les troubles nerveux étaient réapparus sous forme de douleur et sensation congestive à la nuque, palpitations, dyspnée, rachialgie, etc...

M. Ma..., lors de son arrivée à Nice dans les premiers jours de janvier 1895, ne présente aucune trace de sucre et est soumis au régime carné intensif sans pain, ni farineux, avec Vichy, glycérophosphate et arsenic.

Du côté de la tête sensation permanente d'ivresse légère et d'hébétude avec état vertigineux proportionnel, mais sans titubation, ni le moindre signe de Romberg.

Douleurs à l'occiput alternant avec des sensations de poussée congestive dans la même région.

Asthénie psychique et morale avec diminution de la mémoire, diminution de goût pour le travail, apathie pour les occupations favorites, préoccupation vive de son mal, idées tristes, découragement, en somme état mélancolique avec irritabilité exagérée et tendance aux larmes. Les troubles de la vue sont très accusés et le malade se plaint fréquemment d'altérations diverses de ses facultés visuelles ; polyopie, amblyopie, diplopie, etc...

Du côté de l'appareil cardio-pulmonaire, aucun signe de lésion organique, mais par poussées, palpitations et gêne de la respiration et même dyspnée faisant croire au malade qu'il a de l'angine de poitrine ; toutefois l'exercice musculaire n'exagère pas ses troubles et il n'y a ni cardialgie, ni brachialgie gauches.

Du côté de l'appareil digestif : langue saburrale, pas de poly-

phagie proprement dite, pas de troubles dyspeptiques après les repas, alternatives de constipation et de diarrhée ; renvois de gaz fétides.

Diminution notable de la puissance sexuelle.

Du côté du système musculaire : fatigue générale, amyosthénie très accusée le matin, malgré qu'il n'existe aucun trouble du sommeil, M. Ma..., dormant en moyenne huit heures sans rêves habituels, sensation de courbature générale et rachialgie très accusée.

Du côté de la nutrition générale, amaigrissement notable. M. Ma..., pesant 83 kilos fin décembre 1893, ne pesait que 67 kgr. 700 fin décembre 1894, il aurait donc perdu plus de 12 kilos en un an.

Aucun trouble objectif de la sensibilité, les réflexes sont bien conservés.

Troubles vaso-moteurs déterminant parfois des poussées de coloration verdâtre de la peau, surtout aux extrémités.

M. Ma... fut d'abord soumis au traitement hydrothérapique simple avec continuation du régime alimentaire et médicamenteux prescrit.

Puis en raison d'absence persistante de toute trace de sucre, j'ai autorisé à reprendre l'alimentation ordinaire ; pendant plusieurs semaines la glycosurie ne reparut pas et les divers malaises éprouvés semblaient s'être améliorés : persistait seule la continuation de l'amaigrissement.

Au début du mois de mars une nouvelle analyse d'urine dénota la réapparition du sucre en assez grande quantité (34 gr. par litre) dans les urines, bien que le malade continuât son traitement hydrothérapique auquel s'était ajouté depuis une quinzaine le traitement électrostatique.

M. Ma... dut reprendre alors la diététique alimentaire des glycosuriques et depuis lors les phénomènes nerveux se sont notablement améliorés.

Les troubles de la vue ont presque complètement disparu, la gêne respiratoire et les poussées dyspnéïques n'existent plus, les douleurs de la nuque sont plus rares, l'état d'ébriété et de vertige a disparu, l'amyosthénie est moins accusée, les fonctions digestives semblent meilleures et le poids a augmenté d'environ 1 kgr. 500.

Cette observation nous montre que le diabète, lorsqu'il évolue sur un terrain prédisposé comme chez ce malade qui présente de nombreux antécédents héréditaires névropathiques, peut dans certains cas être la cause déterminante de la neurasthénie.

L'examen de cette observation prouve en effet que les troubles nerveux dépendent directement de la glycosurie, puisqu'ils disparaissent avec une régularité expérimentale sous l'influence des régimes qui diminuent le trouble urinaire.

#### **Neurasthénies secondaires à des maladies infectieuses.**

Le syndrome neurasthénique peut s'observer au début, au cours ou pendant la convalescence de maladies infectieuses telles que la grippe, la fièvre typhoïde, la syphilis, la tuberculose, le paludisme.

La *grippe* a surtout été incriminée. Mancel dans sa thèse a relaté plusieurs observations dans le but de

montrer l'influence que peut avoir cette infection dans la genèse de certaines neurasthénies.

Pierret a également insisté sur l'action particulièrement neurasthénisante, épuisante de l'infection grip-pale.

Le professeur Fournier a décrit, il y a plusieurs années, une nouvelle forme de neurasthénie qu'il a appelée la *neurasthénie syphilitique*. D'après lui, la syphilis agirait par l'action débilitante, anémiante, dépressive qu'elle exerce sur l'économie. Il reconnaît toutefois que le « trauma moral » joue un rôle considérable dans le développement des troubles neurasthéniques qui apparaissent tout à fait au début au moment de l'accident primitif.

Ce n'est donc que dans les neurasthénies qui se montrent pendant les périodes secondaire ou tertiaire qu'il fait intervenir l'infection générale.

Le traitement antisypilitique n'ayant aucune prise sur les accidents nerveux, le professeur Focanier en a conclu que cette neurasthénie était, comme le tabes et la paralysie générale, une affection parasyphilitique.

Il est certes regrettable que le traitement ne soit pas venu confirmer l'hypothèse de l'origine syphilitique de ces neurasthénies. Aussi sans nier l'influence de l'infection syphilitique, croyons-nous que même dans les neurasthénies tardives il y a lieu de prendre en considération les préoccupations morales que fait naître dans l'esprit du malade l'éclosion d'accidents syphilitiques secondaires ou tertiaires.

Les neurasthénies secondaires au *paludisme* sont con-

nues depuis relativement peu de temps. Elles ont été étudiées par un certain nombre d'auteurs tels que Lejonne, Tessier, Schupfer, Dausauer, Comméléran qui ont tous insisté sur l'influence très nette du paludisme sur l'apparition de quelques neurasthénies.

Les deux observations suivantes empruntées à Triantaphyllidès nous en fournissent la preuve ; il ressort de leur examen que le meilleur moyen de supprimer les symptômes neurasthéniques chez les malades dans le sang desquels on trouve des hématozoaires, est de s'attaquer à la cause même de ces symptômes, à l'infection paludéenne.

#### **Observation XVIII (TRIANTAPHYLLIDÈS.)**

Sch..., négociant, 37 ans, habite Batoum depuis huit ans, sans aucun antécédent morbide, il n'a jamais souffert de paludisme.

Depuis neuf mois il se sentait de temps en temps nerveux et sujet à des mauvaises humeurs, mais cet état passait vite. Il y a quinze jours, il commença à sentir de nouveaux troubles, mais cette fois beaucoup plus accentués et qui allaient en progressant.

*État actuel.* — Santé physique excellente, facies triste et un peu pâle. Le malade ne peut plus s'occuper de ses affaires. Il ne peut plus penser et depuis trois jours il a suspendu toute sa correspondance. Il a une impotence cérébrale presque complète, mélancolie sans raison. Émotivité excessive. Il commence à sangloter en racontant son histoire, ne sachant lui-même pourquoi il pleure. Caractère irascible : « je deviens, dit-il, insupportable mais je ne puis me retenir. »

Insomnie, légère céphalée, diminution de l'appétit, aucun

autre trouble du côté des voies digestives. Pas d'amyosthénie, pas de troubles vaso-moteurs. Apophyses épineuses des deuxième et troisième vertèbres dorsales un peu douloureuses à la pression.

Foie et rate : normaux.

Hémoglobine : 100. Plasmodies non pigmentées.

*Traitement.* — Injection hypodermique de 0 gr. 80 de quinine bimuriatique.

Le lendemain amélioration brusque. Le malade est gai et content, et se sent capable de reprendre ses occupations.

### Observation XIX (TRIANTAPHYLLOIDÈS.)

M<sup>me</sup> E..., 34 ans, habite Batoum depuis deux ans ; aucun antécédent ni malarique, ni nerveux, d'une constitution forte.

Depuis un an et demi elle est sujette à des maux de tête périodiques, accompagnés de nausées.

Depuis deux mois la céphalée est presque constante et en même temps elle a souvent une tristesse sans motif, elle se sent fatiguée surtout après le repas. Elle a des douleurs erratiques partout, des sensations de frissons et de bouffées de chaleur qui lui parcourent le corps, des palpitations fréquentes, des anxiétés et des terreurs.

Inappétence, légère constipation.

Plaques cervicale et ombilicale.

Foie et rate : normaux.

Plasmodies sans pigments, hémoglobine 0,95, hématies 4.100.000.

*Traitement.* — Injection hypodermique de 0,80 de quinine bimuriatique.

Le lendemain la malade se sent beaucoup mieux et après la troisième injection, elle se déclare complètement guérie.

Après trois mois récidive et guérison prompte après quatre injections de quinine.

### *Neurasthénie secondaire au cancer.*

#### **Observation XX** (CAUTRU, in Thèse THIROUX.)

F..., industriel. Toujours bien portant jusqu'en 1889 malgré un grand surmenage intellectuel et surtout physique.

En 1889, F... est pris de douleurs lombaires revenant par accès. Cette douleur parfois intolérable le rend triste et agacé. Il ne dort plus la nuit et comme il maigrit un peu, que ses forces diminuent beaucoup, il s'inquiète et vient consulter à Paris.

L'absence de tout phénomène du côté des organes, foie, reins, poumons, cœur, la conservation des réflexes, la présence de la rachialgie, de l'amyosthénie, de l'insomnie persistante et l'état mental particulier font penser à la neurasthénie.

En 1891, l'état s'est aggravé, il y a dilatation légère de l'estomac et vomissements surtout nocturnes, un nouvel examen négatif pratiqué par deux médecins des hôpitaux fait confirmer le diagnostic de neurasthénie grave.

M. F... est envoyé à Royat tant pour le distraire que pour lui faire suivre un traitement électrique et hydrothérapique ; sous l'influence du séjour à Royat, des douches électriques, de la distraction, l'état mental s'améliore. F... est moins sombre, il souffre un peu moins, il dort un peu mieux, mais il maigrit de 30 livres en vingt-deux jours.

Il revient à Paris, est examiné à nouveau et l'on ne trouve aucune lésion d'organe ; le foie ne déborde pas les fausses côtes, les autres organes sont sains également.

Au mois de septembre de la même année 1891, c'est-à-dire trois mois après, F... meurt d'un cancer du foie. Au milieu de septembre le foie débordait les fausses côtes d'un travers de main, il était marronné et l'on sentait cette fois très nettement les nodosités de sa surface.

Cette observation montre combien il peut être parfois difficile de trouver la véritable cause de la neurasthénie. C'est l'évolution de celle-ci qui a permis dans ce cas particulier de la rattacher à un cancer du foie dont le diagnostic était impossible à faire au début, étant donnée l'absence de tout phénomène objectif.

## CHAPITRE V

### ESSAI DE PATHOGÉNIE

Nous avons montré dans le cours de notre troisième chapitre pourquoi nous ne pouvions nous rallier exclusivement à aucune des théories pathogéniques de la neurasthénie.

Les observations que nous avons relatées dans le précédent chapitre nous ont donné la preuve que toutes ces théories pouvaient en clinique trouver leur application.

Nous allons donc essayer d'expliquer la conception que nous nous faisons de la pathogénie de la neurasthénie. Cette conception aura l'avantage, selon nous, de concilier toutes les théories en adaptant à chaque état neurasthénique celle qui paraît le mieux lui convenir.

Le syndrome neurasthénique n'apparaît pas sans cause appréciable ni indifféremment chez tous les individus.

Son évolution dépend de deux conditions absolument nécessaires que l'on retrouve chez tous les neurasthé-

niques : ce sont le terrain et la graine. Nous dirons d'abord un mot du terrain.

Presque tous les auteurs, nous l'avons déjà vu, admettent la nature neuro-arthritique de ce terrain et son rôle de cause prédisposante. Mais il est bien évident que cette prédisposition varie avec chaque sujet : l'un pourra naître avec un système nerveux fragile dont la faiblesse sera révélée de bonne heure par un choc minime : l'autre peut arriver à un âge avancé de la vie sans qu'aucune cause ne soit venue déceler la prédisposition morbide de son système nerveux ; dans ce cas ce sera à l'occasion d'une émotion violente ou d'un trouble organique important qu'apparaîtront les symptômes neurasthéniques.

Tel est le cas de l'artério-scléreux qui fait l'objet de l'observation XV : ce malade, à l'âge de 58 ans, est devenu neurasthénique à la suite de vertiges manifestement liés à son affection organique et que le traitement ioduré a fait disparaître.

Rien n'est donc plus variable que le degré de prédisposition, et celle-ci, qu'elle soit apparente ou latente, existe dans tous les cas.

Mais le terrain ne constitue pas une condition suffisante.

Que faut-il donc de plus pour que la neurasthénie puisse se développer ? Il faut une graine et c'est d'elle que nous allons maintenant nous occuper.

L'examen de l'état mental des neurasthéniques nous montre que tous ces malades présentent une manière d'être très particulière : ce sont des inquiets, des préoc-

cupés, ils ne cessent de penser à leurs souffrances et attachent une importance exagérée au moindre malaise.

C'est la préoccupation morale qui est le fond de leur état mental ; c'est elle qui constitue la graine indispensable mais non suffisante qui germera dans le terrain préparé à la recevoir.

Prédisposition et préoccupation, telles sont les deux conditions sans lesquelles le syndrome neurasthénique ne pourrait se produire.

Ce n'est pas spontanément qu'apparaît cette préoccupation ; elle est toujours la résultante d'une cause et celle-ci est d'ordre psychique ou organique.

Mais cette cause ne peut à elle seule engendrer la neurasthénie : les émotions, les chagrins d'une part n'agissent que par la préoccupation qu'elles déterminent ; les troubles organiques d'autre part, tels que les troubles dyspeptiques, les troubles hépatiques, les troubles liés soit à des infections, soit à des auto-intoxications agissent de la même façon en développant chez le malade des soucis qui ont une répercussion sur son état mental.

C'est ainsi que l'on voit souvent des troubles dyspeptiques graves ne provoquer aucune perturbation morale alors que des troubles relativement légers déterminent chez les prédisposés l'apparition de la neurasthénie.

Nous ne distinguerons donc pas des états neurasthéniques vrais et des états neurasthéniques faux, nous ne considérerons pas une neurasthénie primitive essentielle et des neurasthénies secondaires.

Nous croyons qu'il y a neurasthénie lorsque les causes déterminantes, quelles qu'elles soient (psychiques ou organiques), ont provoqué chez les malades des préoccupations morales qui elles-mêmes ne peuvent se produire que chez des prédisposés : il semble par conséquent qu'il n'y ait pas lieu d'adopter une théorie pathogénique exclusivement organique ou nerveuse.

Il résulte de ces considérations que le traitement consistera à combattre la préoccupation morale et la cause qui l'a provoquée : s'il s'agit d'une cause psychique, c'est la psychothérapie seule qui sera employée, si la cause est un trouble organique quelconque la psychothérapie trouvera également ici sa raison d'être pour lutter contre la préoccupation, mais il sera indispensable de lui associer le traitement de la cause : ce sera donc à un traitement mixte que l'on devra avoir recours.



## CONCLUSIONS

1° La neurasthénie est un syndrome dont l'ensemble des symptômes révèle un épuisement général du système nerveux.

2° Ce syndrome ne peut apparaître que sur un terrain prédisposé, de nature neuro-arthritique.

3° Le terrain ne suffit pas, une graine est indispensable ; cette graine n'est autre que la préoccupation morale consécutive soit à des causes psychiques, soit à des causes organiques.

4° Le traitement pathogénique consistera dans la psychothérapie seule ou associée au traitement de la maladie causale, suivant que la cause sera d'origine psychique ou d'origine organique.

---

Vu : le Président de la thèse

**RAYMOND**

Vu : le Doyen,  
**LANDOUZY**

Vu et permis d'imprimer  
Le Vice-Recteur de l'Académie

**LIARD**



## BIBLIOGRAPHIE

- ANJEL. — Experimente zur pathologie und therapie der cerebralen neurasthenia. *Arch.f. Psych.*, Berlin, 1884.
- ARNDT. — Die neurasthenia, 1885.
- AXENFELD ET HUCHARD. — Traité des névroses, 1883.
- G. BALLET. — La conception pratique de la neurasthénie. *Journal de médecine interne*, 1903.
- Hygiène du neurasthénique, 1907.
- UMBERTO BACCARINI. — Syndrome neurasthéniforme par insuffisance des glandes salivaires. *La Riforma medica*, 6 juillet 1907.
- BATUAUD. — La neurasthénie génitale féminine. Paris, 1906.
- BEARD. — *Boston medical and surgical Journal*, août 1869.
- A practical on nervous exhaustion, its causes, symptoms and sequences. New-York, 1880.
- BLANC CHAMPAGNAC. — Essai pathogénique et thérapeutique sur la dilatation de l'estomac et son influence dans la neurasthénie. *Thèse Paris*, 1889-1890.
- BLOCQ. — Revue générale. La neurasthénie et les neurasthénies. *Gazette médicale*, avril 1891.
- BOISSIER. — Essai sur la neurasthénie et la mélancolie dépressive considérées dans leurs rapports réciproques. *Thèse Paris*, 1894.
- BOUCHARD. — Leçons sur les auto-intoxications dans les maladies, 1885.

- BOUVERET. — La neurasthénie. Paris, 1891.
- BRISAUD. — Traitement de la neurasthénie in *Dictionnaire de thérap. de Robin.*
- Neurasthénie, in *Traité de médecine de Brouardel et Gilbert.*
- CAMUS ET PAGNIEZ. — Isolement et psychothérapie. Paris, 1904.
- CHAUDRON. — Les faux gastropathes. *Thèse Paris*, 1907.
- CHÉRON. — Relâchement des ligaments larges et dilatation de l'estomac chez les neurasthéniques (neurasthénie utéro-gastrique). Congrès Besançon, 1893.
- CHARCOT. — Leçons du mardi, 1887-1888.
- CLAINQUART. — Les neurasthénies rurales. *Thèse Paris*, 1905.
- COIGNARD. — Les conceptions pathogéniques de la neurasthénie. *Thèse Paris*, 1905.
- COMMÉLÉAN. — Névroses et paludisme. *Thèse Bordeaux*, 1902.
- CONVERS. — Psychoses et neurasthénies en rapport avec les maladies du nez et du rhino-pharynx. *Thèse Lyon*, 1906.
- DÉJÉRINE. — Traitement des psychonévroses à l'hôpital par l'isolement. *Revue neurologique*, 1901.
- DÉJÉRINE ET GAUCKLER. — Les faux gastropathes, *Presse méd.*, 1906.
- DEVAY. — Contribution à l'étude de la dilatation de l'estomac et des troubles psychiques qu'elle provoque. *Thèse Lyon*, 1891-1892.
- DUBOIS (de Berne). — Troubles gastro-intestinaux du nervosisme. *Revue de médecine*, juillet 1900.
- Les psychonévroses et leur traitement moral. Paris, 1904.
- DUCROUX. — Contribution à l'étude de la neurasthénie. Rapport de la maladie de Beard avec les maladies infectieuses. *Thèse Paris*, 1895.
- DUFOUR ET ROGUES DE FURSAC. — Neurasthénie et capsules surrénales. R. N. 1899, p. 899.
- DUTIL. — Neurasthénie. in *Traité de médecine Charcot-Bouchard.*
- FABRI. — Neurasthénie et neurasthénies. — *Thèse Montpellier*. 1907.

- FAUVET. — Du traitement de la neurasthénie par l'isolement.  
*Thèse Paris*, 1897.
- FEYAT. — De la constipation et des phénomènes toxiques qu'elle provoque. Étude de pathologie nerveuse et mentale.  
*Thèse de Lyon*, 1890.
- DE FLEURY. — Les grands symptômes neurasthéniques. 1891.
- État mental neurasthénique. *Soc. de l'int. des hôp.*, Paris, octobre 1904.
  - Traité de neurologie, 1904.
- FOURNIER. — Les affections parasymphilitiques. Paris, 1894.
- GALLOIS. — Sur la polyétiologie de la neurasthénie et sur ses relations avec l'hystérie. *Soc. de thérap.*, 1900.
- GILBERT ET LEREBoullet. — Les neurasthénies biliaires. *Soc. de méd. des hôp.*, 1903.
- GILLES DE LA TOURETTE. — Les états neurasthéniques. Paris, 1898.
- GLÉNARD. — Dyspepsie nerveuse. Lyon, 1885.
- A propos d'un cas de neurasthénie gastrique. Paris, 1886.
  - Revue générale sur la neurasthénie et l'entéroptose. *Revue de méd.*, janvier 1887.
  - Hépatoptose et hépatisme. *Revue des maladies de la nutrition*. 1898.
  - Ptoses viscérales, 1899.
  - A propos de la chirurgie chez les aliénées. Psychoses et névropathies. *Prog. méd.*, p. 145, 1902.
- GODLEWSKI. — Les neurasthénies, 1908.
- GODLEWSKI. — Les manifestations digestives dans les ptoses rénales. *Thèse Montpellier*, 1906.
- GRASSET. — Leçons sur la neurasthénie. — *Montpellier*, 1890-91.
- GUYON. — Les neurasthénies urinaires. — *Ann. des mal. des org. génito-urinaires*, 1893, p. 641.
- HARTENBERG. — Sur l'origine organique de certaines phobies. *Revue de méd.*, p. 939, 1904.
- HAYEM ET LION. — Maladies de l'estomac, in *Traité de médecine de Brouardel et Gilbert*.
- HUCHARD. — Neurasthénie, *Union médicale*, 1882.

- HUCHARD. — Neurasthénies locales. *Arch. gén. de méd.*, 1892.  
*Soc. méd. des hôp.*, 1893.
- JANET. — Névroses et idées fixes. Paris, 1898-1899.
- M<sup>lle</sup> KACHPÉROW. — Contribution à l'étude de la neurasthénie  
*Thèse Paris*, 1897.
- KOWALEVSKY. — La goutte et les névroses. *Bulletin de l'Académie de méd. de Belgique*, 1902.
- KUCHEVA. — Du traitement de la neurasthénie par la cure d'isolement à l'hôpital de Genève. *Thèse de Genève*, 1901.
- KUSS. — La question de la neurasthénie à la Société de thérapeutique. *Bull. méd.*, janvier 1901.
- LAMBRANZI. — Les auto-intoxications dans la pathogénie des névroses et des psychoses. *Il manicomio moderno*, 1898.
- LAURENT (E.). — La neurasthénie. Causes et remèdes. Paris, 1903.
- LEMOINE. — Pathogénie et traitement de la neurasthénie. *Ann. méd. psych.*, sept. 1888.  
— Neurasthénie. *Nord médical*, 1902.
- LEMOINE ET HUYGHES. — Considération sur l'arthritisme et ses rapports avec le nervosisme. *Gaz. méd. de Paris*, fév. 1891.
- LEVEN. — De la maladie cérébro-gastrique. *France médicale*, 1882.  
— La névrose, 1887.
- L. LÉVI. — Troubles nerveux d'origine hépatique.
- L. LÉVI ET H. DE ROTSCILD. — Neurasthénie thyroïdienne, *Revue d'hyg. et de méd. infant.*, 1907.
- LEVILLAIN. — La neurasthénie. Paris, 1891.  
— Essai de neurologie clinique, 1896.  
— Neuropathologie viscérale, 1898.
- P.-E. LÉVY. — Pathogénie psychique et psychothérapie. Les psychonévroses méconnues. *Journal des praticiens*, 1906.
- MANCEL. — Dépression nerveuse post-grippale. *Thèse Paris*, 1902.
- MATHIEU. — Neurasthénie. *Soc. méd. des hôp.*, 1893, p. 842.
- MATHIEU ET ROUX. — Neurasthénie et dyspepsie chez les jeunes gens. *Gaz. des hôp.*, 1905.
- MERLIER. — Neurasthénie d'origine syphilitique. *Thèse Paris*, 1895.

- MESNARD. — Neurasthénie chez les arthritiques. *Gaz hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1902.
- MOUTIER. — La neurasthénie. *Annales d'Electrobiologie*, 1901.
- NASRA. — Contribution à l'étude clinique des névroses post-infectieuses. *Thèse Paris*, 1896.
- NATIER. — La neurasthénie et certaines affections du nez et de la gorge. *La Parole, rev. int. d'oto-rhino-laryng.*, 1899.
- OBERTHÜR ET CHENAIS. — Psychasthénie et diabète. Congrès de Pau, 1903.
- PAGE. — Les troubles digestifs considérés dans leurs rapports avec les troubles mentaux et nerveux. *Bull. méd.*, 1906.
- PERPÈRE. — Constipation et troubles mentaux. *Prog. méd.*, 1907.
- PERRIER. — Neurasthénie et artério-sclérose. *Montpellier médical*, 1897.
- PETERS. — Neurasthénie. *Echo médical de Toulouse*, 1889.
- PRON. — Influence de l'estomac et du régime alimentaire sur l'état mental et les fonctions psychiques. *Thèse Paris*, 1904.
- RAPHÉLY. — Essai sur les phéno-psychiques de nature mélancolique, liés aux troubles fonctionnels du foie. *Thèse Lyon*, 1889.
- RAYMOND. — Névroses et psychonévroses. Paris, 1907.
- RAYMOND ET JANET. — Obsessions et psychasténie. Paris.
- RÉGIS. — Des neurasthénies psychiques. *Journal de médecine de Bordeaux*, 1891.
- Neurasthénie et artério-sclérose. *Presse médicale*, p. 45, 1896.
  - Psychonévroses et psychoses du paludisme. *Bull. méd.*, p. 615, 1905.
  - Précis de psychiatrie.
- ROBIN. — Les conditions chimiques du syndrome neurasthénie. *Bull. gén. de thérap.*, oct. 1900.
- Le retentissement nerveux. La neurasthénie d'origine dyspeptique. *Revue de thérap. méd. chirurgicale*, 1903.
- ROYET. — Sur la forme la plus habituelle des troubles de mentalité qui se produisent au cours des maladies des cavités naso-pharyngiennes. Congrès de Bruxelles, 1903.
- Rapports du syndrome neurasthénique et du syndrome

- ROYET. — labyrinthique. *Soc. de méd. de Lyon*, 25 juin 1906.  
*Lyon médical*, 1906.
- Communication sur la neurasthénie et les lésions du naso-pharynx. Congrès Genève, 1907.
- SCHNEIDER. — Neurasthénie et insuffisance surrénale chronique. *Revue de médecine*, novembre 1907.
- SIREDEY. — Neurasthénie utérine. *Journal de médecine et de chirurgie pratique*, 1897.
- SOULEYRE. — Neurasthénie et génitopathies féminines. *Thèse Paris*, 1898.
- SOUPAULT. — La dyspepsie nerveuse. *Thèse Paris*, 1893.
- THOMAS (A.). — Traitement de l'hystérie et de la neurasthénie par l'isolement et la psychothérapie. *Presse médicale*, p. 434, 1904.
- THIROUX. — Contribution à l'étude de la neurasthénie. *Thèse Paris*, 1892.
- TRASTOUR. — Les déséquilibrés du ventre entéroptosiques et dilatés, 1889.
- TRIANAPHYLIDÈS. — Neurasthénie palustre. *Archives de neurologie*, vol. XXVIII, n° 90, p. 91, 1894.
- TURQUET. — Dyspepsie neurasthénique. *Thèse Paris*, 1898-99.
- VALENTIN ET HARTENBERG. — Le rôle de l'appareil cardio-vasculaire dans la pathogénie de certaines phobies neurasthéniques. Congrès d'Angers, 1898.
- VANNI. — La neurasthénie et la tuberculose pulmonaire. *Gazzeta medica di Torino*, 1893.
- VEUILLOT. — La neurasthénie et les états neurasthéniformes. *Thèse Paris*, 1896.
- VIGOUROUX. — Neurasthénie et arthritisme, 1893.
- VIRES. — Maladies nerveuses. Paris, 1902.
- WEIL. — Neurasthénies locales. *Thèse Nancy*, 1891.
- WEIR-MITCHELL. — Du traitement de la neurasthénie. Traduction française de N.-O. Jennings. Paris, 1883.
- ZILGIEN. — Étiologie et traitement de la neurasthénie considérée comme un auto-intoxication. *Rev. de méd. de l'Est*, 1903.